



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사학위논문

베트남 건강보험이 의료 서비스 이용과 과부담의료비 지출에 미친 영향

The Impact of Health Insurance on Health Care Utilization
and Catastrophic Health Expenditure in Vietnam

2013년 2월

서울대학교 보건 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
문 상 원

베트남 건강보험이 의료 서비스 이용과 과부담의료비 지출에 미친 영향

지도교수 권 순만

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2012년 10월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
문 상 원

문상원의 심사용 논문을 인준함

2012년 12월

위 원 장	김 창 엽	(인)
부 위 원 장	유 명 순	(인)
위 원	권 순 만	(인)

목 차

I. 서론	1
1. 연구배경	1
2. 연구 목적	7
II. 이론적 배경 및 문헌고찰	8
1. 저소득국가와 사회건강보험	8
2. 건강보험과 의료서비스 이용	12
3. 건강보험과 과부담의료비	16
1) 과부담의료비 지출의 개념	16
2) 과부담의료비 지출의 영향요인	18
III. 연구방법	20
1. 연구자료 및 대상	20
2. 연구모형	20
3. 변수의 측정	23
4. 분석방법	26
IV. 연구결과	27
1. 연구대상자의 일반적 특성	27
2. 건강보험 가입이 의료서비스 이용에 미치는 영향	30
3. 건강보험이 과부담 의료비에 미치는 영향	36
V. 고찰	40
1. 연구결과에 대한 고찰	40
2. 정책적 함의와 제언	44
3. 연구의 제한사항	50
VI. 결론	51

< 참고문헌 >

< 영문초록 >

< 표 차례 >

표 1 종속변수 구성	24
표 2 통제변수 구성	26
표 3 성별 빈도 분석	27
표 4 연령 빈도 분석	27
표 5 지역별 빈도 분석	28
표 6 결혼상태별 빈도 분석	28
표 7 소득별 빈도 분석	29
표 8 교육별 빈도 분석	29
표 9 외래 횟수 및 비용, 입원 횟수 및 비용의 빈도분석	30
표 10 외래방문의 변수별 추정치와 통계적 유의성	31
표 11 외래방문 횟수 및 비용의 변수별 추정치와 통계적 유의성	32
표 12 입원 여부의 변수별 추정치와 통계적 유의성	34
표 13 입원횟수 및 입원비용의 변수별 추정치와 통계적 유의성	35
표 14 과부담의료비 지출 비율별 발생 빈도 및 발생률	36
표 15 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(40%기준)	37
표 16 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(30%기준)	37
표 17 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(20%기준)	38
표 18 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(10%기준)	39
표 19 독립 및 종속 변수별 종속변수와의 관계 정리	40
표 20 부담유형별 적용율	42
표 21 가입의 강제여부와 본인부담 유형별 가입자 현황	44

< 그림 차례 >

그림 1 아시아 국가들의 부문별 보건 지출 현황	2
그림 2 건강보험 가입인구 증가 추이	3
그림 3 베트남 국가 의료비 구성	3
그림 4 아시아국가들 과부담의료비 지출 비교	4
그림 5 베트남 연도별 건강보험 확대 계획	5
그림 6 전 국민 의료보장을 위한 방법	9
그림 7 현행 베트남 건강보험 체계의 주요 문제점	46
그림 8 2020년 전 국민 의료보험 달성을 위한 개선방안	49

국 문 요 약

배경

약 20억명 이상의 개도국주민이 비효율적이고 불평등하고, 부적절한 재원배분 그리고 열악한 보건서비스 시스템 하에서 살아가고 있다. 또한 의료비 중 높은 본인부담 비율이 높은 이유로, 개도국 주민의 약 1억 5천만 명 이상이 매년 ‘과부담의료비 지출’을 경험하고 있다. 이에 다수의 중저소득국 정부에서는 보건을 위한 재원을 마련하고, 재정적 위험을 분산시키고, 빈곤층의 의료서비스 접근성을 제고하고 양질의 서비스를 제공하기 위해 사회건강보험 정책을 추진하고 있다. 베트남 역시 1993년 건강보험제도를 도입하고 2020년까지 전 국민 건강보험을 추진 중에 있다.

목적

본 연구의 목적은 현재 베트남 정부가 추진 중인 전 국민 건강보험 확대정책에 대한 정책적 근거를 제시하기 위함이다. 그 근거는 베트남 건강보험이 의료서비스 사용량을 증가시키고 과부담의료비의 위험을 감소시킨다는 것이다.

방법

건강보험과 의료서비스사용량과 과부담의료비의 관계를 파악하기 위해 9,189가구 36,999명을 대상으로 조사한 베트남 가구생활표준조사 결과를 가지고 다중 및 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

연구결과

건강보험은 베트남의 의료서비스 사용 증가에 유의미한 긍정적 영향을 미쳤다. 하지만 과부담의료비 지출의 추정치를 소득 대비 의료비 지출 비율로 보았을 때, 건강보험은 개인의 과부담의료비 지출을 낮추지 못하였다.

결론

건강보험은 복합적인 주제이다. 건강보험의 효과는 제도를 설계하고 효율적으로 이행하는 방식에 따라 달라진다. 베트남과 같은 중저소득국에서는 건강보험이 형평하고 보편적 보장을 달성할 수 있도록 제도를 수립하고 확대하고 지속적으로 개정할 능력을 갖추어야 할 것이다.

Key words: 과부담의료비, 의료 서비스 사용, 건강보험, 자기부담금

학번: 2010-23801

I. 서론

1. 연구배경

약 20억명 이상의 개도국주민이 비효율적이고 불평등하고, 부적절한 자원배분 그리고 열악한 보건서비스 시스템 하에서 살아가고 있다. 그 결과매년 전염성 질병으로 인한 사망자의 92%, 비전염성 질환의 68% 그리고 사고로 인한 사망자의 80%가 개도국 주민들이다. 또한 세계보건기구(WHO)는 개도국 주민의 약 1억 5천만 명 이상이 매년 '과부담의료비 지출' (Catastrophic Health Expenditure)을 경험하고 있다고 추정하고 있는데, 이는 의료비 중 높은 본인부담(out-of-pocket spending) 비중을 기인한다.

이렇듯 개도국 내 보건시스템이 제대로 작동되지 않음으로 인해 빈곤층이 더 큰 어려움을 겪고 있다. 예방접종이나 안전한 분만 등 의료서비스에 대한 빈곤층의 접근성은 부유층의 절반수준이다. 이는 빈곤층이 민간의료서비스 공급자로부터 양질의 의료서비스를 구매하는 재원자체가 제한됨에 기인한다. 그에 반해 빈곤층의 건강보험 가입은 제한적이다. 따라서 빈곤층은 과부담의료비 발생 시 저축한 돈을 사용할 수밖에 없어 재정적 위험에서 보호받지 못하고 있는 실정이다.

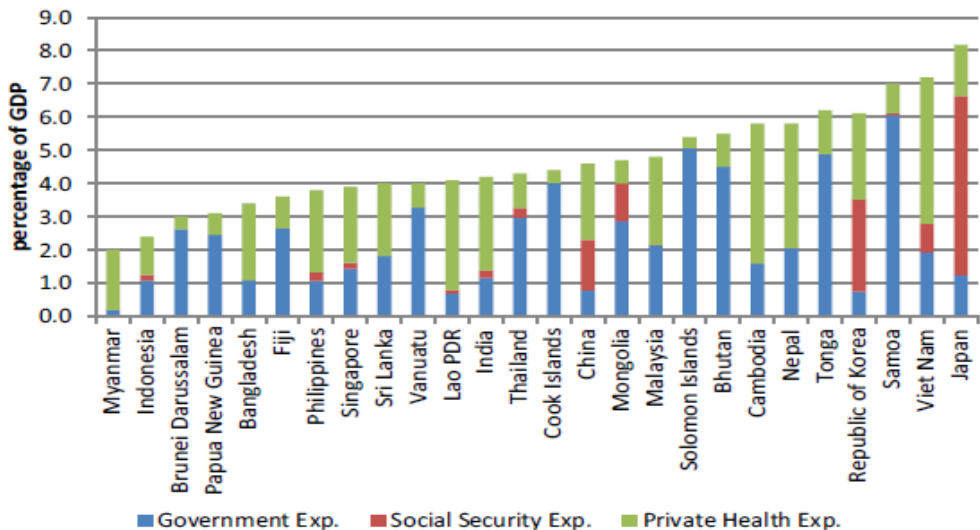
이러한 문제점을 해결하는 방법으로서의 건강보험 확대를 두고 많은 중저소득국 정부들이 검토 중이다. WHO 역시 저소득 국가에서 보건을 위한 재원을 마련하고, 재정적 위험을 분산시키고, 빈곤층의 의료서비스 접근성을 제고하고 양질의 서비스를 제공하기 위해 의무적 사회건강보험을 공식적으로 지지하고 있다.

2009년 기준으로 베트남 보건의료분야 지출의 43.3%의 재정을 공공부문¹⁾이 부담한다. 이는 2005년 27.2%에 비해 크게 증가한 것으로

1) 베트남 공공보건의료 재정은 크게 국가예산(52%-중앙예산:8%, 지방예산:44%), 건강보험기금(42%) 그리고 국제원조금(6%)등으로 구성되어 있다.

베트남 정부의 빈곤층, 소수민족, 영유아 등 사회취약계층에 대한 의료서비스 제고 정책의 결과 의료보험기금이 큰 규모로 늘어난 결과이다. 이와 같은 베트남 정부의 적극적인 보건의료분야의 투자와 공공부문의 지출확대는 2005년 가계본인부담비율을 67%에서 2009년 50%로 빠르게 감소시키는 등 많은 성과를 보이고 있으나, 여전히 가계본인부담비율이 타 동남아 국가들에 비해 높은 편이다. 아래 그림 1은 아시아 국가들의 보건지출 규모 및 구성을 보여주고 있다. 베트남의 경우 국내총생산 중 보건의료비 지출이 조사대상 아시아국가중 일본 다음으로 가장 높지만, 그 구성에 있어서 민간 지출의 비중은 캄보디아, 네팔, 필리핀, 방글라데시 등 여타 저소득국 국가들과 유사하다.

<그림 1> 아시아 국가들의 부문별 보건 지출 현황



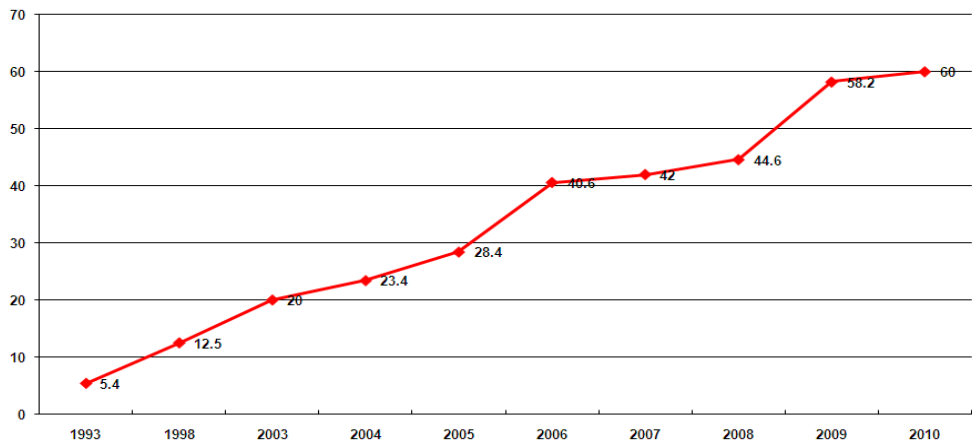
출처: WHO, 세계보건통계 2011

한편, 공공 재원이나 민간 재원이나 라는 보건재정의 구성은 보건 의료체계의 효율성과 형평에 서로 다른 함의를 갖기에 보건재정의 규모만큼이나 공공과 민간의 재원 구성 역시 중요하다.

조세를 기반으로 보건의료 재정을 운영하던 베트남은 1993년 건강보험제도를 도입하고 이후 보건의료 관련 주요한 법안들을 개정

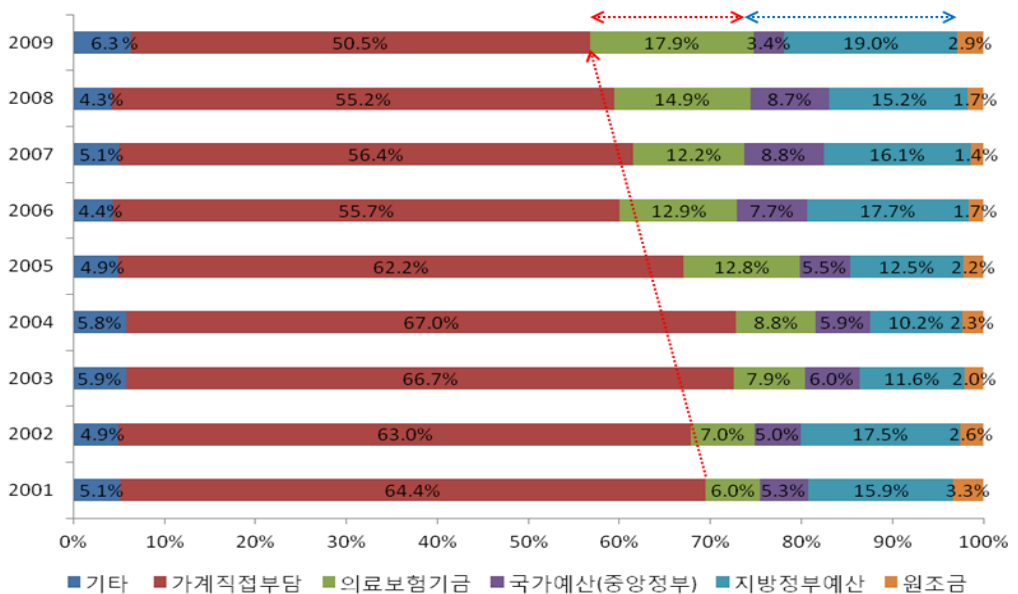
하는 등 건강보험 확대를 위해 노력하였다. 이러한 베트남 정부의 강력한 정치적 의지와 노력으로 건강보험 도입 후 17년 만에 전 국민의 63.75%(2011년 기준)를 포괄하였다.

<그림 2> 건강보험 가입인구 증가 추이



Source: Vietnam Ministry of Health 2011

<그림 3> 베트남 국가 의료비 구성

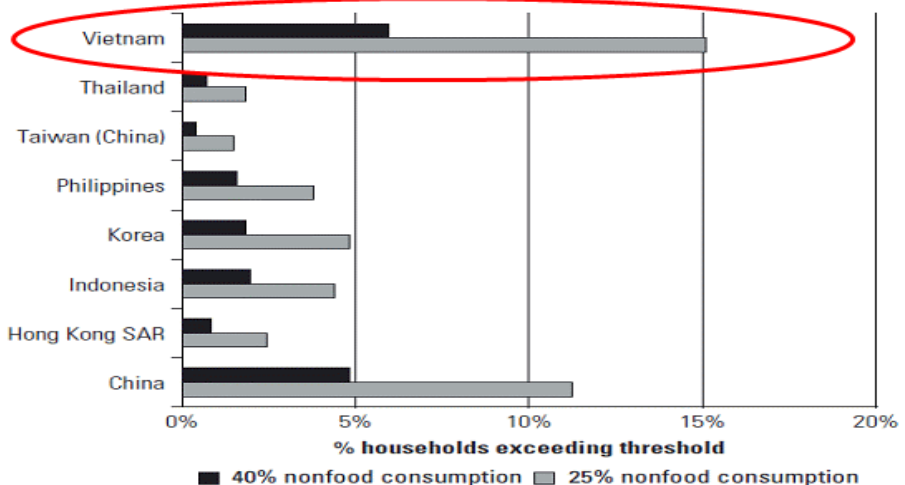


Source: Vietnam Ministry of Health 2010

상기 그림3에서 처럼 베트남 정부의 보건의료에 대한 지원과 건강보험 가입 확대로 전체 국민의료비 중 본인부담이 점차 줄어들고 있지만 여전히 현재도 전체 의료비의 50%는 역시 본인부담으로 충당하고 있다. 베트남 정부는 경제 발전에 따른 사회안전망 구축이라는 차원에서 의료비 본인부담을 줄이면서 동시에 정부 예산 부담을 줄이기 위해 한국, 일본, 중국과 같이 사회보험인 건강보험의 비중을 확대하는 정책을 실시하고 있다.

이처럼 베트남의 높은 개인부담 비중으로 인해 ‘과부담의료비 지출’을 경험하는 가구의 비율이 다른 아시아 국가들에 비해 상대적으로 매우 높다. 비(非) 식료품성 가계비 지출의 25%를 의료비 지출의 기준으로 할 때 15% 이상의 가구가 과부담의료비 지출 지출에 해당한다.

<그림 4> 아시아국가들 과부담의료비 지출 비교²⁾



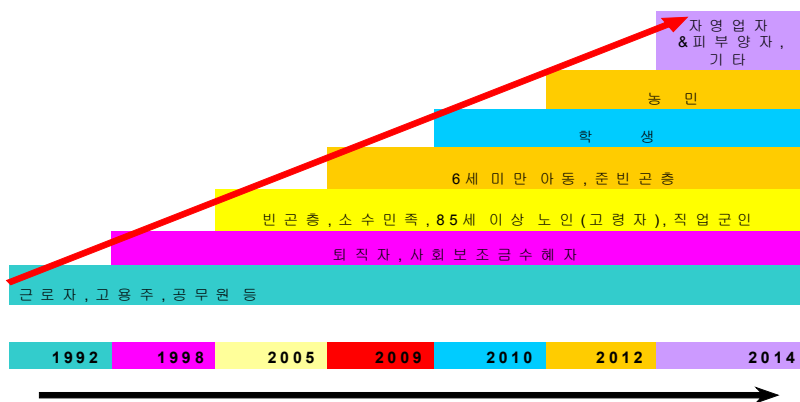
보편적 의료서비스 보장은 의료서비스 사용 확대와 과부담의료비 발생 감소에 매우 효과적이데, 이는 태국의 사례에서도 알 수 있다

2) WHO(2009)

(Kwon, 2011). 베트남 정부도 베트남 건강보험법상 2012년부터 농업, 임업, 수산업, 염전 종사자까지 당연적용 대상으로 규정하고 있으며, 2014년부터 자영자, 강제가입자의 가족 등을 포함할 예정으로 2020년까지 실질적으로 전 국민을 포괄한다는 계획이다.

그러나 2011.6 기준, 건강보험을 가입하는 많은 사람의 수는 약 3천 4백만명(인구의 약 37%)으로 추산되며 준비근층³⁾과 비공식 부문 및 민간기업에서 근무하고 있는 근로자 등이 보험가입을 꺼려하는 실정이다.

<그림 5> 베트남 연도별 건강보험 확대 계획



Source: Vietnam Ministry of Health 2011 자료를 가지고 재구성

이러한 베트남 정부의 건강보험 확대 정책의 가장 중요한 목적은 의료 이용의 장애물을 줄이는 데 기여하여, 적절한 의료서비스에 쉽게 접근할 수 있게 하는 것이다. 또 하나의 목적은 건강보험이 보건의료비가 빈곤을 초래하는 것을 막기 위한 재정적 보호의 역할을 수행하는 것이다.

하지만 베트남 정부가 이러한 효과에 대한 분석 없이 건강보험

3) 가입률이 2011년 기준 13.1%

확대정책을 추진하거나, 정부의 재정적 부담을 완화하기 위한 방편으로서 접근하고 있다. 이에 베트남의 건강보험이 의료서비스 이용을 확대하고 과부담의료비로 설명되는 의료이용 때문에 개인의 경제적 안정이 위협받지 않는지를 분석하고 이를 바탕으로 베트남 의료보험 확대 정책에 대한 정책적 함의를 제공하는 것은 의미 있는 연구일 것이다.

2. 연구 목적

이에 본 연구에서는 건강보험가입 여부에 따라 베트남 주민의 의료서비스 이용 및 과부담의료비에 미친 효과를 분석하여 베트남 정부의 2015년 목표의 전 국민 건강보험 정책의 근거를 제시하고자 한다.

보다 구체적으로 설명하면, 본 연구의 목적은 아래와 같이 정리할 수 있다.

1) 건강보험 가입이 베트남 주민의 의료 서비스에 이용에 긍정적인 영향을 미쳤는지 분석한다.

2) 건강보험가입이 본인부담을 감소시켜 과부담의료비에 유의미한 영향을 미쳤는지 여부를 분석한다.

3) 분석결과를 토대로 향후 베트남 건강보험 확대 및 보장성 강화 정책 목표 달성을 위한 제언을 제공한다.

II. 이론적 배경 및 문헌고찰

1. 저소득국가와 사회건강보험

건전한 보건의료재정체계는 대상인구가 필요로 하는 보건의료서비스 접근을 보장하고, 서비스 이용으로 인한 재정적 과부담으로부터 대상 인구를 보호함으로써 충분한 보건자금을 모을 수 있도록 한다. 이러한 방법에 의한 보편적 보장(universal coverage)을 바탕으로 보건의료 서비스의 효과적이고 효율적인 제공과 이용을 가능하게 한다.

보건의료서비스를 위한 재정은 크게 두 가지 재원이 있다. 하나는 조세 또는 사회보험과 같은 공공재정으로 소득과 건강에 대한 위험분산 기전을 갖는다. 다른 하나는 가계 직접부담 비용(OOP)으로 위험분산효과가 전혀 없으며 결국에는 보건의료서비스 사용에 있어 불평등을 야기한다. 의료서비스 재정의 목표중 하나는 사회보험 또는 조세와 같은 공공 사전기여 제도의 역할을 극대화하고 보건의료비 직접지출을 최소화하는 것이다(Kwon, 2011).

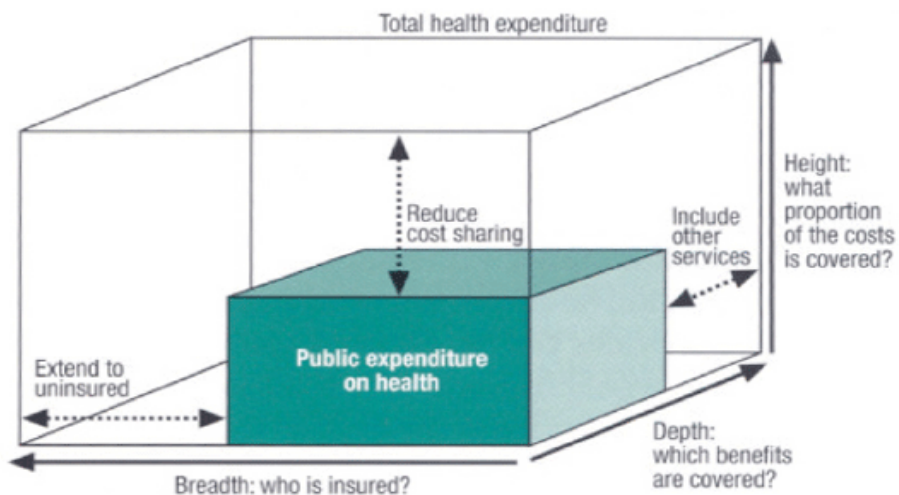
저소득국 정부들은 재정 등 자원의 확충에 곤란을 겪으면서 새로운 재원조달 방법으로 사회건강보험제도를 주목했다(김창엽, 2009). 사회건강보험이 정치적으로 선호되는 이유는 보건의료부문에 지정된 재원을 공급해주기 때문이다. 다수의 아시아 저소득국가들은 의료인력 부족, 환자들에 대한 반응성 부족과 더불어 만성적 보건자원 부족을 겪고 있다. 사회건강보험은 재정 영향력과 환자와의 통로역할 덕분에 개별 환자들보다 강력한 구매자가 될 수 있다. 전 국민보장을 통한 위험분산은 건강 위험분산을 강화하고 재정기구의 구매와 협상력을 증대시킨다.

그러나 비공식부문에 대한 사회건강보험 가입강제는 어렵다. 그래서 대다수 저소득국에서는 비공식부문은 자발적 보험에 해당된다. 자

발적 가입은 역선택 문제를 야기한다. 가구단위 가입이 개인단위 가입보다 건강보험 확대에 효율적이다. 왜냐하면 공식부문의 가구 보장이 비공식 부문의 크기를 감소시키기 때문이다. 가입자 수에 따른 재정적 혜택을 제공하여 사회건강보험은 증가할 수 있고 역선택 문제도 완화할 수 있다(Kwon, 2011).

아래 그림 9는 전 국민 의료보장을 달성하기 위한 3가지 축에 대해 설명하고 있다(World Health Report 2008). 즉, 급여대상자의 범위(breadth), 서비스의 보장범위(depth), 보장성의 범위에 있어 적절한 균형을 맞추어 각국에 맞는 시스템을 완성할 수 있다는 것이다. 일단 처음에는 이러한 시스템을 구축하는 것이 중요하며 점차 각국의 상황에 맞게 대상자의 범위를 확대해 나가고, 본인부담률을 줄이며, 보장성 범위도 확대해 제도의 완성을 이루는 전략이 필요하다.

<그림 6> 전 국민 의료보장을 위한 방법



Source: World Health Report 2008

급여 대상자 범위와 서비스 보장범위 간에는 상충관계가 존재한다. 왜냐하면 과도한 서비스 보장범위 확대와 높은 보험료는 급여 대상자 범위 확대를 저해하기 때문이다. 사회건강보험의 급여 대상

자 범위가 60%인 필리핀에서 사회건강보험의 전체 보건비 지출에서 비중이 10%에도 미치지 못하는 것은 매우 낮은 서비스 보장 범위에 기인한다.

재원이 어떻게 배분되고 의료서비스 제공자에게 어떻게 지급되는지는 보건서비스 재정의 핵심이다. 의료서비스 제공자가 제공한 의료서비스를 구매하는 것은 서비스 질, 비용 억제, 재정시스템의 지속가능성에 매우 중요하다. 캄보디아 보건부가 국제공여기관들과 함께 추진한 보건형평 펀드(Health Equity Fund)는 구매자의 역할을 하면서 빈곤층의 사용자 비용을 대신 의료서비스제공자에게 상환한다. Bigdeli and Annear(2008)에 따르면 동 펀드는 의료서비스 질을 유지한 채, 의료접근 장벽을 완화시킨다(Kwon, 2011).

사회건강보험체제의 경우, 정부는 조성된 재원을 사회보험 운영자에게 빈곤층을 위한 보험료 보조의 형태로 연결시킨다. 그리고 사회보험기구는 조성된 재원을 구매라는 기전을 통해 공공 의료서비스 제공자에게 배분한다. 구매자는 질과 성과에 기반을 두고 의료서비스 공급자와 효과적 승인과 계약 기전을 채택해야한다. 그러나 대부분의 저소득국에서 사회건강보험기구는 구매자로서의 적극적 역할을 하지 못하고 있다. 더욱이 구매자가 잘못된 규제를 하는 경우에는 종종 사회건강보험의 성과를 방해하여 양질의 성과와 비용 효과적이지 못하게 된다(Kwon, 2011).

아시아 중저소득국 대다수의 의료서비스시스템은 극히 제한된 재정 보호를 제안한다. 조세와 사회의료보험과 같은 공공 사전기여제도의 역할은 매우 제한되어 있고 직접지불방식(OOP)이 여전히 주요한 재원이다. 비공식부문의 존재는 건강보험 보장성 확대의 가장 큰 도전과제이다. 왜냐하면 비공식부문의 소득측정과 징수가 매우 비용이 많이 들기 때문이다. 아시아 보건의료 시스템은 조세와 사회보험의 적절한 조합을 찾아야 한다. 왜냐하면 국민의 대다수가 빈곤층이고 전 국민 의료보장은 정부 보조금 없이는 어렵기 때문이다(Kwon, 2011).

결과적으로 정치적 의지는 보건 투자와 재정 개혁에 매우 중요하다. 보건의료재정개혁의 역사에서 사회 안정화, 정치적 정당성, 선거 등 정치적 요인은 매우 중요한 역할을 하여왔다. 중국 농촌지역 사례에서 보듯이, 강력한 정치적 의지와 지지는 늘어나는 정부보조금과 결합하여 급격한 건강보험 보장확대를 가져왔다(Kwon, 2011).

아시아 다수 저소득국들이 경제발전 정체를 경험하면서 공식부문 보장을 하는 하향식(top-down) 방식은 전 국민 보장을 달성하기 어려울 수 있다. 또한 그것은 비공식부문 또는 빈곤층을 위한 보장확대에 장기간의 시간이 요구될 수 있다. 그러므로 상향식(bottom-up) 방식으로 빈곤층을 우선적으로 보장하는 것이 아시아에서 전 국민 보장을 향한 보다 형평한 정책이다. 빈곤층을 위한 캄보디아의 보건형평기금이 좋은 사례가 될 수 있다(Kwon, 2011).

전 국민 의료보장이 중요하지만 그것만이 재정적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 충분조건은 아니다. 보장성 강화와 확대 또한 재정적 위험 보호에 매우 중요하고 보험 대상자와 보장성 범위의 잠재적 상충관계 역시 고려할 필요가 있다(Kwon, 2011).

2. 건강보험과 의료서비스 이용

1) 이론적 고찰

건강보험과 같은 건강보장제도의 가장 중요한 목적은 필요할 때 적절한 의료서비스에 쉽게 접근할 수 있게 하는 것이다. 물론 접근성의 수준과 의료서비스의 범위는 변이가 크지만, 건강보장제도가 의료이용의 장애물을 줄이고, 의료에 대한 접근성을 높인다는 것은 대부분의 연구자가 동의한다(김창엽, 2009).

의료서비스 이용은 상병이나 건강 수준 등 의료필요의 직접적인 요인뿐만 아니라 연령, 결혼상태, 성별, 소득 및 교육수준 등 사회, 문화, 인구학적 요인도 영향을 미친다. 또한 의료필요가 의료수요로 전환되는 과정에서 나타나는 가격효과, 소득효과 등 소득과 의료서비스 가격에 영향을 미치는 경제적 요인, 의료서비스의 특성인 공급자와 소비자간 정보비대칭성에 의해 나타나는 공급자 유인수요 등 공급요인에 따라서도 관계가 있다. 건강보험제도는 이러한 의료서비스 이용에 영향을 미치는 다양한 요인에 영향을 미쳐서 의료서비스 이용에 영향을 미친다.

건강보험제도가 의료 의료이용에 미치는 효과에 대한 경제학적 설명은 보건경제학의 가격이론이다. 의료필요가 의료수요로 전환되기 위해서는 가격효과, 소득효과 등이 영향을 미치게 되고, 의료수요는 의료공급과 만나서 의료이용으로 나타나게 된다. 의료수요량은 의료필요 뿐만 아니라 소득과 의료서비스의 가격에 의해 결정된다(양봉민 2004; Phelps, 1997). 이 때 가격은 의료서비스의 실제 가격(의료기술이나 재료, 약의 실제가격)이 아니라 실질적으로 자기가 지불하는 비용, 즉 의료 서비스 이용 시의 본인부담금(Out-of-pocket cost)이다. 따라서 건강보험의 도입으로 인해 환자가 부담하는 비용(본인부담금)이 적어지면 의료 이용량은 증가하게 된다. 이러한 일반 재화와 다른 의료서비스의 특성으로 인해 환자가 부담하는 비용(본

인부담금)이 적어지면 의료서비스 이용량은 증가 하게 된다. 건강보험 적용은 이렇게 의료수요를 증가시키게 되며, 특히 값비싼 서비스의 수요를 큰 폭으로 증가시킨다. 의원급이나 약국보다 병원과 같은 값비싼 서비스의 수요를 상대적으로 더 크게 증가시킨다(양봉민, 2004). 이러한 사실은 대부분의 국가에서 건강보험 적용과 함께 경험적으로 나타나는 현상이다.

의료서비스 이용은 가격 외에 건강상태의 악화로 인한 필요(need) 뿐만 아니라 사회 경제적 요인 등 의료서비스 이용에 영향을 미치는 다른 요인이 존재하는데 이에 관한 이론 중 하나가 바로 ‘앤더슨 모형’(Andersen, 1973)이다. 이모형에서는 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 사회결정요인(기술, 규범), 의료서비스체계, 개인결정요인(선행(Predisposing), 능력(enabling), 질병수준)의 세 가지 주요 요인으로 분류하고 있다. 개인결정요인 중 질병요인은 의료 서비스의 이용에 대한 주관적 또는 객관적 필요로, 주관적 건강 인식이나 실제로 발생한 건강상의 문제 등을 포함한다. 선행요인은 질병 발생 이전부터 존재하던 각 개인의 특성과 관련된 요인으로 인구학적 특성인 성별, 연령, 결혼 상태, 가족 수, 거주지역 등과 교육 수준, 경제 활동 참여의 형태 등 사회학적 특성을 말한다. 본 연구에서 독립변수로 설정한 건강보험은 사회결정요인 중 하나로 분류할 수 있다.

급여범위는 필수 또는 비용 효과적 의료서비스 영역을 보장해야 한다. 재원체계가 광범위한 서비스를 보장하지 못한다면, 급여범위는 특정 그룹(아동, 빈곤층, 노인층 등) 또는 특별 건강 조건(모성 보건, 만성 조건들, 재난적 질병 등)을 대상으로 할 수 있다(Kwon, 2011).

2) 경험적 고찰

미국에서 이루어진 대표적인 연구에 의하면, 의료보험 미가입자와 가입자 사이에는 비용으로 인한 접근성의 차이가 뚜렷하게 나타난다(Ayanian et al, 2000;김창엽 2009 재인용). 즉, 비용 때문에 필요한

의료이용을 못한 인구의 비율이 의료보험 가입자는 8.2%였던 반면에 1년 이상 장기 미가입자는 26.8%, 단기 미가입자는 21.7%에 이르렀다. 이러한 차이는 건강상태가 나쁘거나 중간 수준인 사람에게서 더 크게 나타났다. 또한 보험 미가입자는 보험가입자에 비해 의료이용을 지연시키는 경향이 있다.

인구학적 특성으로는 의료서비스 이용이 연령이 많을수록 많고, 남성보다 여성에서 많다는 보고가 있다(Andersen, 1973; 주경식 등, 1996). 결혼과 관련해서는 돌봐줄 배우자를 가진 기혼자가 입원치료의 기회를 줄일 수 있다고 보고된다(Santerre & Neun, 1996). 이와 상반되게 미혼이나 이혼, 사별인구가 기결혼구와 비교해 의료이용 경험에 적다는 보고도 있으나 이는 이 인구집단이 상대적으로 연령이 낮고, 취업집단에 속할 가능성이 높으며 의료서비스를 이용할 여건이 취약하기 때문으로 보인다고 한다(주경식 등, 1996). 소득상태는 외래서비스에서 소득수준이 낮은 사람의 의료이용이 낮는데 이는 중증도가 높지 않은 외래서비스의 경우 증상 민감도가 상대적으로 높은 고소득 계층의 의료이용이 많으며 저소득 계층은 자가 치료와 비전문적인 방법을 활용하기 때문으로 보인다(주경식 등, 1996). 교육수준에 대해서는 상반된 연구가 많아 판단이 어렵다.

건강보험가입이 건강보험의 보장성확대의 효과와 비슷한 효과를 가지고 올 것으로 유추해볼 수 있다. 이 경우 중증질환 보장성과 관련한 의료서비스 이용량을 보면 보장성 확대 정책의 수혜자인 중증질환자 집단이 비중증질환자와 비교해 입원이용에 있어 상대적으로 유의미한 증가가 나타났다(배지영, 2009). 우리나라 암환자를 대상으로 본인부담률을 20%에서 10%로 인하 시(2006년 1월 1일 시행) 의료서비스 이용량 변화를 소득계층별로 비교하였다. 먼저 보장 강화 이후 1인당 입원일수와 외래일수는 모두 증가하였는데 외래보다는 입원의 증가가 더 컸다. 제도 시행 후 소득이 낮은 계층은 상대적으로 부담이 덜한 외래 진료가 증가했고, 소득이 높은 계층은 입원이 늘었다(김수진, 2008)

중저소득국의 경우에도 마찬가지이다. 가나의 경우 현대식 병원에서 치료목적의 의료 서비스사용은 건강보험 도입과 함께 실질적으로 늘어난 반면, 자기치료 또는 전통적 비공식 의료 서비스 사용은 유의미하게 감소하였다. 이와 같이 질병치료 서비스 사용 증가 효과의 상당부분은 건강보험의 실행이 기인한다고 할 수 있다(Chankova et al., 2010). 페루의 경우에도 건강보험(학생, 영유아, 여성)과 예방 및 치료 목적의 의료 서비스 사용증가와 유의한 상관관계가 있었다(Bitran et al., 2010). 인도네시아의 경우에도 건강보험이 성인과 영유아 모두에 있어서 입원과 외래 사용을 증가시켰다(Cuevas et al., 2010). 중국의 지역기반 건강보험 프로그램인 농촌보건의료서비스(RMHC) 실시결과, 프로그램 실시지역의 외래진료는 지역보건소를 중심으로 유의미하게 확대 되었으며, 자기치료는 유의미하게 감소하였다(Yip et, 2010). 콜롬비아에서도 건강보험의 보장성 확대가 의료서비스의 접근과 사용을 증가시켰다(Giedion, 2010).

중저소득국의 위와 같은 결과는 건강보험이 자기부담금(OOP)를 감소시키고, 이는 의료서비스의 가격을 낮춰서 결국에는 의료서비스 소비의 증가를 가져왔다. 이는 상기 모든 국가에서 건강보험 도입 또는 보장성 확대와 함께 자기부담금 역시 감소한 것으로 나타는 것과 맥락을 같이 한다.

베트남의 건강보험은 전 국민 건강보험을 목표로 하고는 있지만 여전히 40%의 국민이 가입하고 있지 않은바, 건강보험이 의료서비스 이용을 증가시킬 것인가의 문제에 대해 민간보험에 대한 연구를 적용할 수 있다. 민간건강보험 가입자일수록 의료이용을 많이 하는 것으로 제시된 연구에서는 가구소득, 결혼상태, 교육수준, 직업 등 인구사회경제학적 요인이 높은 집단일수록 민간보험에 가입할 확률도 높으며, 의료이용이 미가입자에 비해 증가한다고 보고하고 있다(이용철, 2010).

일반적으로 건강보험이 있는 개인은 없는 개인에 비해 연간 외래이용과 입원이용이 증가하는 것으로 나타난다(Buchmueller et al.,

2005). Bucnmueller, Grumbach, Kronick, and Kahn(2005)은 건강보험제도가 의료이용에 미치는 효과를 실증하기 어려운 이유를 제시한다. 건강보험이 의료이용에 미치는 효과가 인구집단에서 서로 다르다는 점이다. 쉽게는 건강보험이 확대되더라도 의료공급이 충분하지 않은 지역에 거주하는 인구집단에는 보험의 효과가 나타나지 않을 수 있다. 또한 건강보험이 개인의 의료 서비스 이용 행위에 미치는 영향은 소득, 인종, 성별 등에 따라 다를 수 있다.

3. 건강보험과 과부담의료비

1) 과부담의료비 지출의 개념

의료비 직접지출(out-of-pocket payment, OOP)은 의료서비스로의 접근의 주된 재정적 장애요인이다. 지리적 문화적, 그리고 다른 장애요인과 함께 의료비 직접지출은 의료서비스 사용에 있어서 형평성을 저해하는 중요한 결정요인이다. 높은 의료비 직접지출은 의료서비스가 일반적인 시장 상품과 같다는 것을 의미한다. 부유한 사람들은 훨씬 더 높은 의료비 직접지출을 감당할 여유가 있으며, 더 많은 의료서비스를 소비하거나 민간영역의 의료공급자를 이용하는 반면에 가난한 자들은 지불능력이 없어서 결국엔 치료를 포기한다. 결과적으로 의료비중 직접부담 비중이 높은 중저소득국 아시아 국가들에 있어서 의료서비스 사용은 부유층으로 경도되어 있다. 이는 다시 말하면 재정적 요인으로 인해 빈곤층의 의료서비스 접근성이 제약받고 있다는 것을 반영한다. 빈곤층은 의료서비스 비용을 지불할 능력이 없는데, 이는 조세 또는 사회보험과 같은 의료서비스 사전기여 기전(prepaid mechanism)가 아시아 대부분의 중저소득국에서 최소화되고 있는 것에 기인한다. 반면 미국을 제외한 선진국에서는 의료비 직접부담이 감소하고 있다. 이는 부유층과 빈곤층간 의료서비스 사용 격차가 저소득국 국가보다 덜한데, 이는 전국민 의료

보장이라는 의료서비스 재정기전에 기인한다(Kwon 2011).

의료이용 때문에 개인과 가계의 경제적 안정이 위협받지 않게 하는 것은 건강보장의 당연하고도 본질적인 목적이다. 경제적 안정을 어떻게 정의할 것인지에 대해서는 여러 가지 의견이 있을 수 있으나, 일반적으로는 재정적 위험 일정수준(threshold)을 넘게 해서는 안된다는 원칙을 적용한다. 일정 수준에는 두 가지 기준이 대표적으로 쓰인다. 하나는 의료비 때문에 빈곤에 빠지지 않게 하는 것을 목표로 하는 것이고, 또 하나는 수입이나 지출 중 일정 비중 이상을 의료비로 지출하게 해서는 안 된다는 기준이다(김창엽, 2009).

Wagstaff(2002)는 의료비의 직접부담(OOP)과 관련된 연구를 ①의료재원 조달의 형평성, ②소득대비 의료비지출, ③의료비로 인한 빈곤화 세가지 기준에 따라 분류하였다. 이중 두 번째 기준인 의료비가 소득의 일정비율을 넘으면 안 된다는 기준은 지불능력에 차이가 있으면 의료비 지출에도 차이가 있어야 한다는 수직적 형평성 개념에 기초하고 있다. 이를 측정하는 도구가 과부담의료비(Catastrophic Health expenditure)이다.

과부담의료비란 소득에 비하여 한 가구의 의료비 지출의 비중이 일정 한계를 넘는 것을 뜻한다. 의료비가 일정 금액을 초과하거나, 소득이나 지출의 일정 비율 이상을 의료비로 사용하는 경우로 정의된다. 전자의 경우는 가구 소득 수준에 따라 기준 금액이 부담이 되는 정도가 상이하므로 근래의 연구는 주로 후자인 비율을 기준으로 사용하고 있다. 현재의 일반적인 과부담의료비지출의 정의는 일정기간 동안 한 가구의 총수입 또는 총지출에서 의료비 지출이 일정비율 이상을 상회하여 가계에 부담을 주는 경우를 의미한다(Wagstaff & van Doorslaer 2003).

과부담의료비의 발생은 가구의 경제적 부담을 증가시키고 빈곤화의 원인이 된다. 의료 서비스 이용에 있어서 직접 지불(OOP)이 과도하면 정상적인 소비를 위축시키거나 부채를 증가시키거나, 저축 또는 자산을 감소시켜, 빈곤에 빠트릴 수 있다. 다수의 아시아 저소

득국가에서 의료비 직접지불과 가계빈곤화사이에는 밀접한 관계가 있다.

따라서 이러한 직접지불로 인한 과부담의료비 발생 비율이 높은 아시아의 저소득국가 정부는 가계를 재정적으로 보호할 정책 대안을 마련하고, 국가가 국민의 의료 이용시 직접지불(OOP) 비중을 줄여 가계를 재정적으로 보호해야 한다. 과부담의료비가 발생한 경우는 의료비 지출이 가계나 개인에 있어 최소한의 의료 안전망이 되고 있지 못하다는 지표로 활용될 수 있다. WHO는 조세기반이나 사회보험과 같이 선지불(Pre-Payment)체계가 잘 갖춰지지 않을 경우 과부담의료비 문제가 발생할 수 있음을 제시하였다.

그러면 어떠한 수준이면 과부담의료비가 되는가라는 역치(threshold)가 문제가 된다. 과부담의료비의 역치 기준은 아직 합의가 약한 상황이며, 연구자에 다양한 역치 기준을 사용하고 있다. WHO(2000)는 보건의료 재정의 공평성(fairness in financial contribution)을 측정해 발표했는데, 이 지표는 가구의 지불능력(기본적인 생계비를 제외한 가구의 총 지출)에 대한 의료비 지출(직접의료비 지출과 건강보험료)이 40% 초과할 때로 정의하고 있으며 이 기준은 국가의 상황에 맞게 조정되어야 함을 함께 언급하고 있다.

한편, Wagstaff & van Doorslaer(2003)의 연구에서는 총 소비지출 대비 의료비 비중의 2.5%, 5%, 10%, 15%와 지불능력 대비 의료비 비중의 10%, 20%, 30%, 40%를 기준으로 삼았다. Xu et al.(2003)은 총 소비지출에서 기초 생계지출에 해당하는 특정 수준의 식료품비를 일괄적으로 제외한 금액에 대한 40%를, van Doorslaer et al.(2007)은 식료품비를 제외한 소비지출의 15%, 25%, 40%를 기준으로 하였다.

2) 과부담의료비 지출의 영향요인

다음으로 선행연구에서 과부담의료비에 영향을 미친다고 밝혀진

요인들은 크게 가구주 특성과 가구 특성으로 나뉘볼 수 있다. 가구주 특성 중에는 가구주의 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 취업상태, 직업, 주관적 건강상태가 과부담의료비 지출 발생에 영향을 미치는 요인이다. 가구 특성 중에는 가구원의 수, 소득수준, 만성질환자와 장애인 유무 등도 가구 특성 변수가 될 수 있다.

이중 가장 중요한 변수는 가구 소득수준이다. 주로 저소득층에서 많이 발생한다고 보고되고 있다. 특히, 의료보장제도가 불충분한 개발도상국에서 가구소득이 의료비 부담에 중요한 영향요인이 되고 있다(Kawabata et al. 2002). 또한 Tin Tin Su 등(2006)은 의료접근성이 높지 않은 저소득 지역의 사람들을 대상으로 연구를 하였는데, 경제수준이 높을수록, 현대의학을 이용하는 횟수가 많을수록 과부담 의료비 지출이 발생할 확률이 낮았다.

Xu 등(2007)이 116개국 과부담의료비 지출 정도를 분석한 결과, 각 나라와 재정체계에 따른 차이가 작지 않았다. 40% 역치를 기준으로 체코, 슬로바키아, 영국 등은 거의 0%에 가까운 반면 브라질과 베트남은 10%가 넘었고, 한국은 1.9%였다. 주목할 만한 분석결과는 과부담의료비 지출을 경험한 가구 비율에 의미 있는 영향을 미치는 변수가 사전기여(조세 혹은 보험료)의 비중과 소득 형평성이었다는 점이다. 사전기여의 비중이 높을수록, 즉 보험료나 조세 비중이 사후 이용자 부담 비중보다 크면 클수록 그리고 소득 분포가 평등할수록 과부담의료비 지출 비중이 낮은 것으로 나타났다. 또 한 가지, 중위 소득 범위에서는 보험료 방식을 가진 국가가 조세 방식이나 혼합형보다 위험성 의료비 지출 비중이 낮았으나 전체 국가에서는 이런 효과가 사라지는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 건강보장체계의 높은 보장성과 높은 소득 형평성이 과부담의료비 지출을 예방할 수 있는 중요한 요소라는 것을 시사한다(김창엽, 2009).

III. 연구방법

1. 연구자료 및 대상

본 연구에서는 가장 최신의 가구생활조사 자료인 베트남 Household Living Standard Surveys(VHLSS) 2010년도 자료를 사용하였다. 동 조사는 베트남 통계청에서 실시한 자료이다. 각 조사는 베트남 국가전체, 도농, 그리고 지역레벨을 대표하는 9,399가구, 36,999명을 표본으로 선정되었다.

조사는 인구학적 정보, 교육, 보건, 소득, 지출, 주거, 고정 자산과 내구재, 빈곤감소 프로그램 참가 가구수 등 가정과 개인의 특성에 대해 자세한 정보를 수집하였다. 조사는 보험 가입여부, 의료비 지출, 의료서비스 사용 등에 대한 정보가 포함되어 있다. 또한 사회·경제·인구학적 변수관련 자료를 제공해줌으로 본 연구를 수행함에 있어 적절한 자료원으로 판단된다.

2. 연구모형

1) 건강보험의 역할

건강보험의 역할은 다음 3가지로 볼 수 있다. ①보건서비스의 가용성을 높여서 보건 서비스 접근과 사용을 증가시키고, ②보건서비스 접근성 및 사용 증가를 통한 국민들의 보건상황 개선, ③위험 분산을 통한 보건의료 재정부담 감소이다. 이중 ②의 경우 수많은 다른 요인들을 통제하기 어려운 점이 있어서 본 연구에서는 제외하고, 베트남의 건강보험 도입이 실제 ①과 ③의 역할을 하고 있는지를 아래와 같은 연구 모형으로 검토해 보겠다.

2) 건강보험가입과 의료서비스 이용

먼저 건강보험 가입이 의료 서비스 이용에 미치는 영향에 대한 분석이다. 이를 위해 의료서비스 이용을 분석하기 위한 모형 중 의료 서비스 이용의 결정단계를 잘 반영하고 있는 “Two Part model”을 이용하겠다. Two Part model은 첫 번째 파트에서는 의료이용을 하였는지 여부에 대하여 확률을 예측하는 로지스틱스 회귀분석을 하고, 두 번째 파트에서는 의료이용량을 예측하는 회귀분석을 하는 방식이다. 의료서비스 이용여부에 대한 결정은 개인의 인지 또는 건강 상태 등 개인적 특성에 의해 결정되며, 결정 이후 의료서비스 이용량에 대한 결정은 의료서비스 공급자인 의사가 판단하는 객관적 필요에 의해 결정된다. 따라서 의료서비스 이용에 대한 분석 역시 두 개 파트로 나누어 분석하는 것이 바람직하다.

보다 자세히 설명하면 첫 번째 파트에서는 의료서비스 사용여부인 종속변수를 지난 12개월 동안 외래(진단포함) 또는 입원 의료서비스를 한번이라도 받아보았으면 1으로, 그렇지 않은 경우 0로 변환하여 사용하였다. 두 번째 파트에서는 외래와 입원 서비스 각각에 대해서 이용이 0인 관측치들을 제거하고 외래 서비스를 받아본 관측치만을 대상으로 의료서비스 이용량에 해당하는 변수인 외래횟수, 외래비용을 종속변수로 적용하여 분석하고, 또 다시 입원 서비스를 받아본 관측치만을 대상으로 입원횟수⁴⁾, 입원비용을 종속변수로 적용하여 분석하였다. 두 번째 파트에서는 종속변수를 로그를 취한 후 OLS 회귀분석을 실시하였다. 두 파트 모두에서 독립변수로는 건강보험 가입여부를 적용하고, 통제변수로는 기타 의료 이용에 영향을 미치는 요인들을 사용하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

이에 따라 모형을 수식으로 표현하면, 첫 번째 파트는

$$\log(p_1/1-p_1)=\beta_0+\beta_1X_1+\beta_2X_2+\varepsilon$$

여기서 X_1 은 독립변수(건강보험 가입여부), X_2 는 통제변수(의료서

4) 입원에 대한 이용량 측정을 위해서는 입원기간을 변수로 하는 것이 타당하나 VHLSS 2010 자료에 입원기간에 대한 자료가 부재하여 불가피하게 입원횟수를 변수로 삼았음

비스 이용에 영향을 미치는 요인)이다. 다음으로 두 번째 파트는

$$\log(Y_1/y_i > 0) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon_2$$

여기서 Y_1 은 종속변수(의료서비스 이용이 0이 아닌 경우의 의료 이용량), X_1 은 독립변수(건강보험 가입여부), X_2 는 통제변수(의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인)이다.

3) 건강보험과 과부담의료비 발생

여기서 분석대상은 지난 1년간 소득이 존재하는 주민이다. 과부담의료를 측정하는 대상으로 가구를 선택하지 않고 소득이 존재하는 개개인을 선택한 이유는 우리나라와 다른 베트남의 건강보험제도 때문이다. 우리나라는 건강보험이 가구단위로 부과되고 피부양자 제도가 있는 반면에 베트남은 가입단위는 개인별이며 피부양자 제도가 없으며⁵⁾, 개인마다 가입하는 건강보험의 종류가 다르며 가구마다 건강보험을 가입한 사람과 그렇지 않은 사람으로 나뉜다.⁶⁾ 따라서 건강보험의 과부담의료비 발생과의 관계를 알아보기 위해 분석단위를 가구가 아닌 지난 1년간 소득이 존재하는 주민으로 정하였다.

$$\log(P_1/1-P_1) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \varepsilon$$

여기서 P_1 은 과부담 의료비 발생 확률이다. X_1 은 독립변수(소득이 있는 주민 중 건강보험 가입여부), X_2 는 통제변수(과부담의료비에 영향을 미치는 요인)이다.

5) 1992년 제도로 도입 당시 피부양자 제도 도입이 무산된 이유는 국영기업체 보험료 보조 부담이 너무 크다고 판단되어 피부양자 제도 도입하지 않음

6) 베트남 의료보험법상 자격종류는 25종이며 보험료 납부유형에 따라 5개 그룹으로 구분되며 관리주체역시 사회보장청, 노동보훈사회부, 국방부, 공안부 지방정부 등 다양함. 5개 그룹은 다음과 같음

- ① 근로자와 사용자 공동부담 : 근로자·기업체 관리자·공무원
- ② 사회보험기금 전액부담 : 연금·사회보장 수당 수급자
- ③ 국고 전액부담 : 국가유공자·의원·빈곤층·소수민족·6세이하
- ④ 국고 일부부담 : 준비곤충·학생·농어민
- ⑤ 본인전액부담 : 임의가입자(근로자 가족·자영업자·정부로부터 월수당 지급받는 고무채취 근로자·프랑스전 참전 의용군·비정규직 지방직 근로자 등)

3. 변수의 측정

본 연구는 건강보험이 의료서비스 이용과 과부담의료비 발생에 미친 효과를 규명하기 위해 먼저 건강보험이 의료이용에 미친 영향을 하나의 종속변수로 검토하고, 다음으로 건강보험이 과부담의료비 발생에 미친 영향을 살펴본다. 의료이용과 과부담의료비는 각각 다른 차원의 모형을 요구한다. 다음에서는 기존 연구의 검토를 통해 도출된 각각의 연구모형에 사용되는 변수의 의미와 측정에 대해 알아본다.

1) 종속변수

종속변수로는 의료서비스 이용여부와 과부담의료비 발생여부로 두 가지로 분류한다.

먼저 의료서비스 이용과 관련해서는 의료서비스 이용과 관련된 변수는 먼저 외래(검진)이용과 입원이용으로 나누고, 입원의 경우는 입원 일수에 대한 항목이 VHLSS 통계에 없는 관계로 입원여부와 입원비용을 종속변수로 하고, 외래의 경우 외래 횟수와 외래비용을 종속변수로 사용한다. 첫 번째 파트에서는 입원 또는 외래(검진포함) 이용이 0인 경우에는 0으로, 그렇지 않은 경우에는 1로 변환하여 사용하며, 두 번째 파트에서는 의료이용량이 0인 경우를 제거하고, 양적변수를 그대로 사용하고자 한다.

또 하나의 종속변수는 과부담의료비가 발생하였는지 여부이다. 앞에서 언급한 것처럼 과부담의료비의 정의와 역치기준은 일정하지 않다. 본 연구에서는 과부담 의료비를 개인의 소득 대비 의료비 지출비율을 사용하겠다. 또한 과부담 의료비 지출의 역치 기준은 연간 개인의 보건의료비⁷⁾지출이 개인 총 소득의 10%, 20%, 30%, 40%를

7) 여기서 보건의료비는 Household Living Standard Surveys(VHLSS) 2010년도 자료에서 나타내는 검진, 외래 및 입원, 건강보험료, 약품구입, 의료기 구입에 들어가는 비용으로 정의한다.

넘는 경우로 각각 분석하였다. 과부담의료비의 경우 가구단위가 아닌 개인단위로 분석하는 사유는 피부양자 제도가 있는 우리나라와는 달리 피부양자 제도가 없어⁸⁾ 가구원들 개인단위로 다른 유형의 건강보험을 가입하고 있기에 건강보험 가입과 과부담의료비를 비교하기 위함이다. 정리하면 로지스틱 회귀분석에서의 종속변수는 연간 개인 총소득의 10%를 기준으로 하였을 때, 가구 과부담의료비 지출의 발생 여부이다.

종속변수를 정리하면 다음 표와 같다.

<표 1> 종속변수의 구성

구분	변수구분	변수정의	설명
의료이용 (1단계)	외래 및 입원 이용	외래(진단) 및 입원 이용 횟수	지난 12개월간 외래 및 검진이용 횟수가 0인 경우 : 0 지난 12개월간 외래 및 검진이용 횟수가 0이 아닌 경우 : 1
			지난 12개월간 입원 이용 횟수가 0인 경우 : 0 지난 12개월간 입원 이용 횟수가 0이 아닌 경우 : 1
의료이용 (2단계)	입원이용	입원이용 횟수	지난 12개월간 입원횟수
		입원비용	지난 12개월간 입원비용
	외래이용	외래 및 진단 이용횟수	지난 12개월간 외래 및 검진이용 횟수
		외래 및 진단 비용	지난 12개월간 외래 및 진단에 들어간 비용
과부담 의료비	과부담의료비 =의료비지출/ 총소득	과부담 의료비 발생여부	과부담의료비 > 0.1, 0.2, 0.3, 0.4 : 0 과부담의료비 ≤ 0.1, 0.2, 0.3, 0.4 : 1

8) 1992년 제도도입 당시 피부양자 제도 도입이 무산된 이유는 국영기업체 보험료 보조 부담이 너무 크다고 판단했기 때문임

2) 독립변수

독립변수는 건강 보험가입여부이다. 동 연구에서는 우선 건강보험과 의료서비스 사용량을 검토하는 경우, 분석단위를 개인단위로 하여 개인별로 보고된 건강보험 가입한 경우에는 1로, 가입하지 않은 경우에는 0으로 가입여부에 대한 변수로 사용하였다.

3) 통제변수

통제변수 역시 건강보험의 효과 외에 의료서비스 이용과 과부담 의료비 발생에 영향을 미친다고 알려진 주요한 변수를 통제변수로 사용한다.

의료서비스의 이용은 건강상태의 악화로 인한 필요(need)뿐만 아니라 어떤 개인의 사회 경제적 요인 등을 포함하는 수요에 따라 결정된다. 따라서 건강보험 가입에 따른 의료서비스 이용에의 여향을 분석하고자 한다면, 이와 같은 의료서비스 이용에 영향을 미치는 다른 요인들을 다양하게 살펴보고 적절히 통제를 해야 한다. 본 연구에서는 의료서비스에 대한 요구가 있을 때 의료서비스 이용을 실현하게 하는 소득수준 등의 부담능력, 의료기관에의 접근성 등이 중요할 수 있다. 그 밖에도 성별이나 연령, 교육수준 등의 개인의 특성은 의료이용을 결정하는 간접적인 요인으로 사용되어졌다.

한편 종속변수인 가구 과부담의료비 지출의 분모는 1년간 개인소득을, 분자는 1년간 개인 의료비 지출을 나타내므로 가구 과부담의료비 지출에는 크게 소득 관련 요인, 의료비 지출을 유발하는 의료 필요 요인이 영향을 미칠 것으로 추정할 수 있다. 여기서는 이용량에서 사용하였던 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주 지역, 소득수준 등을 통제변수로 역시 동일하게 설정한다. 각 변수들은 분석을 용이하게 하기 위해 성별과 결혼상태는 더미변수로, 연령과 소득은 척도변수로, 거주지역과 교육수준은 명목변수로 범주화 하였다.

<표 2> 통제변수 구성

구분	변수정의	변수설명	
인구학적 특성	성별	남성:1	여성:0
	연령	연속변수	
	거주지역	도시 :1	농촌 : 0,
사회경제적 위치	결혼상태	배우자 있음(기혼): 1	배우자 없음 (미혼, 이혼, 사별, 별거): 0
	교육수준	중졸/고졸 : 1	무학/초졸 : 0,
		대졸이상 : 1	
		소득수준	연속변수

4. 분석방법

분석방법은 SPSS Statistics 18.0을 사용하여 건강보험 가입유무에 따른 의료사용여부와 과부담의료비 지출 여부를 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 종속변수가 외래 또는 입원 여부와 과부담의료비 지출여부와 같이 명목척도로 측정된 범주형 질적 변수인 경우는 로지스틱 회귀분석(Logistic regression)을 실시하였다. 그 외에 종속변수가 외래 및 입원 횟수 또는 비용일 경우에는 회귀분석을 실시하였다. 모형의 적합도는 Hosmer와 Lemeshow 검정 결과와 Nagelkerke R-제곱 값으로 판단하였다. 또한 로지스틱 회귀분석을 시행하기에 앞서 종속변수와 독립변수 간에 상관성을 분석을 위해 카이제곱 검정을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

Viet Nam Household Living Standards Survey 2010에 나타난 총 9,189가구, 36,999명 자료를 대상으로 한다. 빈도분석결과는 다음과 같다.

성별은 남성이 18,184명(49.1%), 여성이 18,815명(50.9%)이다. 이는 베트남 전체 인구비중인 남성 49.4%, 여성 50.6%과 유사하다.

<표 3> 성별 빈도 분석

특성	빈도	백분율
성별	36,999	100%
남	18,184	49.1
여	18,815	50.9

연령대는 10세 이하가 6,605명(17.9%), 11세-20세가 7,065명(19.1%), 21-30세가 5,964명(16.1%), 31-40세가 5,335명(14.4%), 41-50세가 5,086명(13.7%), 51-60세가 3,624명(9.8%), 61세 이상이 3,320명(9%)이었다. 대체적으로 인구분포가 중형인 베트남의 인구구조를 반영하고 있다.

<표 4> 연령 빈도 분석

특성	빈도	백분율
나이	36,999	100%
0-10세	6,605	17.9
11-20세	7,065	19.1
21-30세	5,964	16.1
31-40세	5,335	14.4
41-50세	5,086	13.7
51-60세	3,624	9.8
61세이상	3,320	9.0

지역은 VHLSS 2010상 지역대분류에 따라 중부고원지대, 중부 및 북부 산악지역, 북부 및 중부 해안지역, 메콩델타지역, 홍강델타지역, 동남부지역 6가지 지역으로 구분하였다.⁹⁾ 각 지역별 빈도는 다음과 같다. 홍강델타지역 지역이 7,367명(19.9%), 중부 및 북부 산악지역 지역이 6,912명(18.7%), 북부 및 중부 해안지역 8,384명(22.7%), 중부고원지대 지역이 2,813명(7.2%), 동남부지역이 4,070명(11.1%), 메콩델타지역이 7,453명(20.1%)이다.

<표 5> 지역별 빈도 분석

특성	빈도	백분율
지역	36,999	100%
홍강델타지역	7,367	19.9
중부 및 북부 산악지역	6,912	18.7
북부 및 중부 해안지역	8,384	22.7
중부고원지대	2,813	7.6
동남부지역	4,070	11.0
메콩델타지역	7,453	20.1

결혼상태를 구별해보면 20세 이하에서 미응답과 미혼의 경우가 대부분이고 30대 이하의 경우 미혼과 기혼이 혼재되어 있다.

<표 6> 결혼상태별 빈도 분석

특성	빈도	백분율
결혼상태	36,999	100%
미혼	8,641	23.4
기혼	18,315	49.5
사별	1,858	5.0
이혼	321	0.9
별거	120	0.3
미응답	7,744	20.9

9) 빈곤 및 보건지표 정도가 열악한 순서는 중부고원지대, 중부 및 북부 산악지역, 북부 및 중부 해안지역, 메콩델타지역, 홍강델타지역, 동남부지역 순임.

소득수준의 경우 미응답과 무소득자 응답이 5명중 4명 정도인 79.5%이며, 500불이하가 4.1%, 850불이하가 3.9%, 1,200불이하가 4.3%, 1,750불이하가 3.9%, 1,750불 초과가 4.2%이다.

<표 7> 소득별 빈도 분석

특성	빈도	백분율
소득수준	36,999	100%
500불이하	1,531	4.1
850불이하	1,442	3.9
1,200불이하	1,601	4.3
1,750불이하	1,453	3.9
1,750불초과	1,560	4.2
미응답 또는 무소득자	29,412	79.5

교육 수준은 무학력자 22.9%, 초등교육 이수자(초등졸) 23.6%, 중등교육 이수자(중졸 및 고졸) 36.9%, 고등교육 이수자(전문대 졸 이상) 4.5% 순서이며, 미 응답자(결측치)도 12.1%에 달한다.

<표 8> 교육별 빈도 분석

특성	빈도	백분율
교육수준	36,999	100%
무학력자	8,473	22.9
초등학교졸	8,734	23.6
중학교졸	8,281	22.4
고등학교졸	5,351	14.5
전문대졸	449	1.2
대졸	1,158	3.1
대학원졸	71	0.2
미응답	4,482	12.1

2. 건강보험 가입이 의료서비스 이용에 미치는 영향

본격적인 분석에 들어가기 전에 건강보험 가입여부와 1년간 외래 횟수, 외래비용, 입원횟수, 입원비용에 대한 빈도분석은 다음과 같다. 외래비용의 경우 건강보험이 없는 집단이 794천동, 소지하고 있는 집단이 445천동으로 나타났으며, 입원횟수의 경우 건강보험이 없는 집단 0.17회, 건강보험이 있는 집단이 0.26회, 입원비용의 경우는 건강보험이 없는 집단이 4,152천동으로 건강보험이 있는 집단 2,677천동보다 1.5배 이상 높은 비용이 발생하는 것으로 나타났다.

<표 9> 외래 횟수 및 비용, 입원 횟수 및 비용의 빈도분석

종속변수	건강보험가입여부	총수(N)	평균	표준편차	표준오차
1년간 외래 (검진포함) 횟수	미가입	4,963	2.58회	4.011	.057
	가입	10,241	2.53회	4.062	.040
1년간 외래 (검진포함) 비용	미가입	4,444	795천동	2220.06	33.30
	가입	8,835	446천동	1547.67	16.47
1년간 입원 횟수	미가입	4,963	0.17회	.516	.007
	가입	10,241	0.26회	.805	.008
1년간 입원 비용	미가입	695	4152천동	7985.81	302.92
	가입	1,926	2677천동	8981.46	204.65

건강보험 가입이 의료서비스 이용에 미치는 영향에 대하여, 먼저 종속변수로 사용한 4가지 의료이용 관련 변수인 외래의료비 및 외래방문 횟수, 입원 횟수 및 입원 의료비 등을 각각 표로 결과를 제시하였다. 모형의 첫 번째 파트에서는 건강보험 가입여부와 외래와 입원 각각의 의료서비스 사용 여부에 대해 설명변수 별 추정치와 p 값, 상대적 위험도를 분석하였다. 두 번째 파트에서는 각각 외래서비스와 입원서비스를 경험한 측정치만을 대상으로 건강보험가입 여

부에 대해 종속변수로 사용한 4가지 의료서비스 이용관련 변수인, 외래(진단) 횟수와 입원 횟수 그리고 외래(진단) 비용과 입원비용 등에 대한 설명 변수별 추정치와 p값을 제시하였다.

우선 외래(진단) 모형이다. 첫 번째 파트에서, 외래(진단) 방문을 종속변수로 하여 의료 서비스 이용에 미치는 영향을 분석 결과는 아래 표 11과 같다. 외래방문에 영향을 미치는 요인 분석결과 Hosmer와 Lemeshow 검정 결과 유의확률 값이 .160으로 유의수준 0.05보다 크므로 추정된 모형이 잘 적합 되었다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .092로 독립 변수는 종속변수를 9.2% 설명하고 있다고 해석할 수 있다.

<표 10> 외래방문의 변수별 추정치 및 통계적 유의성

변수(ref)		외래 방문 여부 (n=3,457)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험 (가입)	미가입	.469	1.598	<.0001
소득	총소득	.000	1.000	.336
연령	만 연령	.023	1.023	<.0001
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	-.034	.967	.696
	전문대이상	.005	1.005	.976
거주지역 (도시)		.414	1.513	<.0001
성별 (남성)		-.550	.577	<.0001
결혼상태 (배우자무)		.191	1.210	.041

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

분석결과, 독립변수인 건강보험 가입 여부에 의한 외래(진단) 방문 여부는 유의한 것으로 나타나고 있다. 즉 건강보험 가입이 외래 방문 증가 즉, 의료서비스 이용 증가하는 것으로 해석할 수 있다.

건강보험 가입 여부 이외에 의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인

들, 즉 통제변수 중에서는 성별, 거주 지역, 결혼상태, 연령이 외래(진단)방문 여부에 대해 통계적으로 유의하게 영향을 주는 것으로 나타났다. 교육수준과 소득수준은 외래(진단)방문 여부에 통계적으로 유의하지 않게 영향을 주는 것으로 나타난다.

두 번째 부분으로, 외래(진단)방문 경험이 있는 주민들만을 대상으로 외래(진단) 횟수와 비용을 종속변수로 하여 의료서비스 이용에 미치는 영향을 분석한 결과는 아래 표 12와 같다. 독립변수와 종속변수 간의 상관관계(R)는 외래방문횟수 모델과 외래방문 비용 모델이 각각 .157과 .212이다. 그리고 $R^2=.025$, $R^2=.045$ 로 나타났는데, 이는 독립변수가 종속변수에 대한 전체 설명력을 나타내는 것이다. Durbin-Watson은 각각 1.812, 1.815의 수치로 나타났는데, 그 수치가 2에 가깝고 0 또는 4와 가깝지 않으므로 회귀모형이 적합하다고 해석할 수 있다. 또한 F값은 각각 2.795, 5.221, 유의확률은 각각 .005($p<.05$)와 .000($p<.05$)으로 나타났으므로, 회귀선이 모델에 적합한 것으로 나타났다.

<표 11> 외래방문 횟수 및 비용의 변수별 추정치와 통계적 유의성

변수(ref)		외래 방문 횟수			외래 방문 비용		
		회귀 계수	t값	P value	회귀 계수	t값	P value
건강보험(비가입)		.126	.600	.549	-340.031	-1.575	.116
소득	총소득	2.164	.084	.933	.002	.504	.614
연령	만 연령	.014	2.858	.004	12.772	2.579	.010
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	.198	1.124	.261	90.314	.496	.620
	전문대이상	.347	.933	.351	727.514	1.898	.058
거주지역 (도시)		.401	2.263	.024	530.191	2.899	.004
성별 (남성)		-.024	-.143	.886	340.843	1.976	.048
결혼상태 (배우자유)		.012	.062	.951	-167.537	-.857	.392

회귀분석 결과, 건강보험 가입여부는 외래방문 횟수($p=.549$)와 외래 비용($p=.116$) 모두에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

건강보험 가입이 외래횟수에 대한 영향이 유의하지 않은 것으로 나타난 것은 베트남의 의료시설 접근성이 여전히 열악하여 다수 방문이 어렵기 때문으로 해석할 수 있으며 거주지역이 외래방문 횟수에 영향을 미치는 것 역시 이를 반영한다. 실제로 베트남의 경우 외래와 입원의 비중이 5:5 정도로 입원 비중이 높은 것과 관련이 있다고 해석할 수 있다.

건강보험 가입여부 이외에 의료서비스 이용에 영향을 미치는 통제 변수들에서는, 외래방문 횟수와 비용 모두에서 거주 지역과 연령이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 외에 외래비용에 대해서는 추가적으로 성별이 통계적으로 유의하게 영향을 주고 있었다. 이는 의료 접근성이 낮은 농촌일수록 외래이용이 줄어들며, 나이가 많을수록 외래 이용을 늘린다는 해석이 가능하다. 외래 비용과 관련해서는 여성이 남성에 비해 외래 서비스 비용이 많음을 의미한다.

다음으로 입원 관련 모형이다. 입원여부와 입원 횟수 및 입원비용을 종속변수로 하여 의료이용에 미치는 영향을 분석한 결과는 아래 표12 및 13과 같다.

첫 번째 부분에서, 입원여부에 영향을 미치는 요인 분석결과 Hosmer와 Lemeshow 검정 결과 유의확률 값이 .313으로 유의수준 0.05보다 크므로 추정된 모형이 잘 적합 되었다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .034로 전체 반응 변수의 변동 중 3.4% 설명하고 있으며, 설명력은 낮은 것으로 나타난다.

입원모형에서 분석결과, $p<.05$ 에서 건강보험 가입은 입원여부에 유의미한 영향을 미치고 있다. 즉 건강보험 가입이 입원 방문의 증가 즉, 의료서비스 이용을 증가시키는 것으로 해석할 수 있다. 건강보험가입자의 경우 미가입자에 비해 입원 승산비(Odds ratio)가 약 1.9배인 것으로 나타났다.

또한 통제변수 중에서는 연령과 배우자 유무 역시 입원여부에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 배우자가 있는 경우가 배우자가 없는 경우에 비해 입원 승산비가 약 1.3배정도 높으며, 1세가 높아질 때 입원 승산비는 1.02배 이다.

<표 12> 입원 여부의 변수별 추정치와 통계적 유의성

변수(ref)		입원 여부 (n=3,457)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험(비가입)		.622	1.863	<.0001
소득	총소득	.000	1.000	.590
연령	만 연령	.018	1.018	<.0001
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	-.012	.988	.930
	전문대이상	-.306	.736	.335
거주지역 (도시)		-.123	.884	.399
성별 (남성)		-.244	.055	.784
결혼상태 (배우자유)		.299	1.349	.046

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

두 번째 부분으로, 건강보험 가입여부와 입원 횟수와 비용을 종속 변수로 하여 의료서비스 이용에 미치는 영향을 분석한 결과는 표 13과 같다.

독립변수와 종속변수 간의 상관관계(R)는 입원 횟수 모델과 입원 비용 모델이 각각 .177과 .247이다. 그리고 $R^2=.031$, $R^2=.061$ 로 나타났다는데, 이는 독립변수가 종속변수에 대한 전체 설명력을 나타내는 것이다. Durbin-Watson는 각각 1.884, 2.115의 수치로 나타났는데, 그 수치가 2에 가깝고 0 또는 4와 가깝지 않으므로 회귀모형이 적합하다고 해석할 수 있다. 하지만 F값은 각각 1.097, 2.197, 유의확률은 각각 .365(p<.05)와 .028(p<.05)으로 나타났으므로, 입원비용의 경우, 회귀선이 모델에 적합한 것으로 나타났지만, 입원횟수의 경우, 회귀선이 모

텔에 적합하지 않는 것으로 나타났다.

<표 13> 입원횟수 및 입원비용의 변수별 추정치와 통계적 유의성

변수(ref)		입원횟수			입원 비용		
		회귀 계수	t값	P value	회귀 계수	t값	P value
건강보험(비가입)		.027	.259	.796	-811.597	-.506	.613
소득		.374	1.091	.276	.005	.140	.889
연령		.004	1.882	.061	70.175	.029	.029
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	.004	.050	.960	2631.349	2.198	.029
	전문대이상	-.311	-1.619	.107	1966.970	.662	.509
거주지역 (도시)		.075	.886	.376	2242.404	1.707	.089
성별 (남성)		-.030	-.405	.074	412.792	.362	.718
결혼상태 (배우자유)		.033	.384	.701	859.831	.650	.516

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

건강보험 가입여부는 입원횟수와 입원비용에는 유의미한 영향을 미치지 않는다. 좀 더 자세히 살펴보면, 독립표본 T검정결과 건강보험가입여부는 입원 횟수 ($t=.259$, $p=.796$)와 입원비용($t=-.506$, $p=.613$)과는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

건강보험 가입여부 이외에 의료서비스 이용에 영향을 미치는 통제 변수들에서는, 입원비용에 대해서 연령과 학력만이 통계적으로 유의하게 영향을 주고 있었다. 연령이 높을수록 입원 횟수와 비용이 늘어나고, 고졸과 중졸일수록 입원비용이 줄어든다는 결론이다.

3. 건강보험이 과부담 의료비에 미치는 영향

1) 과부담의료비 지출 비율의 측정

먼저 과부담의료비 지출발생 역치 기준(10%, 20%, 30%, 40%)에 대해서 과부담 의료비지출 여부를 산출하였다. 건강보험 가입과 통제변수 요인 중 하나라도 결측치가 있는 것을 제외한 나머지(424명)를 가지고 분석한 결과, 소득대비 10% 기준에서는 16.63%가 과부담 의료비로 측정되었고, 20% 기준에서는 8.55%, 30% 기준에서는 5.06%, 40% 기준에서는 4.7%였다.

<표 14> 과부담의료비 지출 비율별 발생 빈도 및 발생률 (n=424)

과부담의료비 지출발생 역치기준	10%	20%	30%	40%
소득기준 발생 (발생률)	72명(16.5%)	38명(9%)	27명(6.4%)	20명(4.7%)

2) 과부담 의료비 지출에 영향을 미치는 요인

건강보험가입 유무로 과부담의료비 지출의 발생기준을 '소득 대비 의료비 지출이 차지하는 비율의 10%, 20%, 30%, 40%'로 정의하여 로지스틱회귀분석을 실시하였다.

건강보험 가입여부가 과부담의료비 40%이상, 미만을 예측하는지에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 모형의 적합도를 나타내는 Hosmer와 Lemeshow검정에서의 카이제곱값은 10.509, 유의확률은 .231로 모형의 적합도가 수용할만한 수준인 것으로 나타났다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .113으로 전체 반응 변수의 변동 중 11.3%를 모형이 설명하고 있다고 해석할 수 있다.

분석결과 과부담의료비 40%수준에서는 건강보험은 과부담의료비 발생에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석된다. 통제변수

중에서는 소득과 교육수준이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 보면 초등학교 졸업이하의 학력자인 경우 전년대 이상의 학력자에 비해 승산비가 5.195배 높은 것으로 나타났다.

<표 15> 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(40%기준)

변수(ref)		과부담의료비 발생여부(40%기준)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험(비가입)		.133	1.143	.811
소득	총소득	.000	1.000	.006
연령	만 연령	.028	1.028	.087
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	-.132	.876	.817
	전문대이상	1.648	5.195	.042
거주지역 (도시)		.520	1.682	.304
성별 (남성)		.370	1.448	.443
결혼상태 (배우자유)		-.335	.715	.548

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

<표 16> 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(30%기준)

변수(ref)		과부담의료비 발생여부(30%기준)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험(비가입)		.062	1.064	.897
소득	총소득	.000	1.000	.007
연령	만 연령	.009	1.320	.504
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	-.112	.894	.820
	전문대이상	1.186	3.275	.099
거주지역 (도시)		.749	2.115	.086
성별 (남성)		.278	1.320	.504
결혼상태 (배우자유)		-.447	.639	.346

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

건강보험 가입여부가 과부담의료비 30%이상, 미만을 예측하는지에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 모형의 적합도를 나타내는 Hosmer와 Lemeshow검정에서의 카이제곱값은 10.928, 유의확률은

.206으로 모형의 적합도가 수용할만한 수준인 것으로 나타났다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .088으로 전체 반응 변수의 변동 중 8.8%를 모형이 설명하고 있다고 해석할 수 있다.

분석결과 과부담의료비 30%수준에서도 건강보험은 과부담의료비 발생에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석된다. 통제변수 중에서는 소득만이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

건강보험 가입여부가 과부담의료비 20%이상, 미만을 예측하는지에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 모형의 적합도를 나타내는 Hosmer와 Lemeshow검정에서의 카이제곱값은 10.009, 유의확률은 .264으로 모형의 적합도가 수용할만한 수준인 것으로 나타났다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .148으로 전체 반응 변수의 변동 중 14.8%를 모형이 설명하고 있다고 해석할 수 있다.

<표 17> 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(20%기준)

변수(ref)		과부담의료비 발생여부(20%기준)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험(비가입)		.501	1.651	.263
소득	총소득	.000	1.000	.001
연령	만 연령	.007	1.007	.599
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	-.025	.975	.954
	전문대이상	1.522	4.581	.018
거주지역 (도시)		1.216	3.374	.002
성별 (남성)		.481	1.617	.191
결혼상태 (배우자유)		-.573	.564	.171

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

분석결과 과부담의료비 20%수준에서도 건강보험은 과부담의료비 발생에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석된다. 통제변수 중에서는 소득과 교육수준외에 거주지역이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 보면 초등학교 졸업이하의 학력자인 경우 전문대 이상의 학력자에 비해 승산비가 4.581배 높은 것으로 나

타났다. 또한 농촌거주자의 경우 도시거주자에 비해 승산비가 3.374배 높은 것으로 나타났다.

건강보험 가입여부가 과부담의료비 10%이상, 미만을 예측하는지에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 모형의 적합도를 나타내는 Hosmer와 Lemeshow검정에서의 카이제곱값은 15.025, 유의확률은 .059로 모형의 적합도가 수용할만한 수준인 것으로 나타났다. 또한 모형의 Nagelkerke R-제곱은 .123으로 전체 반응 변수의 변동 중 12.3%를 모형이 설명하고 있다고 해석할 수 있다.

<표 18> 과부담의료비 지출 발생 로지스틱스 회귀분석 결과(10%기준)

변수(ref)		과부담의료비 발생여부(10%기준)		
		회귀계수	Odds ratio	P value
건강보험(비가입)		.598	1.819	.088
소득	총소득	.000	1.000	<.0001
연령	만 연령	.013	1.013	.202
교육수준 (초졸이하)	고졸이하	.004	1.004	.990
	전문대이상	1.371	3.940	.005
거주지역 (도시)		.405	1.499	.174
성별 (남성)		.694	2.001	.013
결혼상태 (배우자유)		-.282	.754	.382

*p<0.05일 경우 글씨체를 굵게 표시함

과부담의료비 역치기준 10%에서도 건강보험은 과부담의료비 발생에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 분석된다. 통제변수중에서는 소득,거주지역, 교육수준 외에 성별 변수도 유의한 것으로 나타났다. 보다 구체적으로 보면 초등학교 졸업이하의 학력자인 경우 전문대 이상의 학력자에 비해 승산비가 3.94배 높은 것으로 나타났다. 또한 농촌거주자의 경우 도시거주자에 비해 승산비가 1.5배 높은 것으로 나타났다. 그리고 남성에 비해 여성의 경우 승산비가 2배 높은 것으로 나타났다.

V. 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

<표 19> 독립 및 종속 변수별 종속변수와의 관계 정리

변수(ref)	외래 여부	외래 횟수	외래 비용	입원 여부	입원 횟수	입원 비용	과부담 (10%)	과부담 (20%)	과부담 (30%)	과부담 (40%)
건강보험(비가입)	✓			✓						
소득							✓	✓	✓	✓
연령	✓	✓	✓	✓		✓				
교육수준 (초졸이하)	고졸이하					✓				
	전문대이상						✓	✓		✓
거주지역 (도시)	✓	✓	✓					✓		
성별 (남성)	✓		✓				✓			
결혼상태 (배우자유)	✓			✓						

표 19은 반응변수별 종속변수와의 관계를 정리한 것이다. 연구결과, 베트남 건강보험은 의료서비스 이용량에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 즉, 건강보험 가입 여부에 대한 외래(검진) 및 입원에 대한 영향은 회귀계수가 양(+)의 방향성을 보이고 있어 의료 서비스 이용이 증가한다는 해석이 가능하였다. 하지만 외래(검진) 횟수 및 비용, 입원 횟수 및 비용과 건강보험의 경우 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

이는 보건의료 서비스를 이용할 것인가에 대한 의사결정은 환자가 주도권을 행사하는데 비해, 일단 제공자와 접촉이 이루어진 다음에는 서비스의 내용(intensity of use)에 대한 결정이 이루어지는데, 이과정은 제공자가 강력하게 영향을 미친다(Economou, Nikolaou and theodossiou, 22008; 김창엽, 2009 재인용)는 것으로 설명할 수 있다. 즉, 의료 서비스를 사용할지 여부를 결정하는 데는 환자가 스스로 결정을 하는데, 이 경우 건강보험을 가지고 있는지 여부를 고

려하게 된다는 것을 의미한다. 그러나 일단 의료 서비스 이용을 결정 한 이후에는 공급자인 의사가 의료 서비스의 양에 대해서는 더 큰 영향을 미친다는 것이다. 이는 결국 베트남의 건강보험의 지불제도의 개선을 통해 건강보장의 목적을 달성하기 위한 적절한 이용이 이루어지도록 해야 한다는 시사점을 제공한다.

그 외 통제변수들을 살펴보면 먼저 의료서비스 이용과 관련하여 연령은 입원횟수를 제외한 모든 종속변수에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 밖에 거주 지역은 외래이용여부, 외래 횟수 그리고 외래비용에 모두 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 베트남과 같은 저소득국에서는 도시와 농촌 사이의 의료인력 및 시설 등 보건의료 자원이 불균등으로 인한 접근성 차이가 매우 크다. 특히 도로 등 교통 인프라의 부족으로 인해 농촌의 경우 도시에 비해 외래 이용이 낮고 외래보다는 입원을 선택하는 편이다. 성별의 경우, 외래이용여부와 외래비용에 유의미한 영향을 미치며, 배우자가 있는 경우, 외래와 입원 이용확률이 더 높아지는 것으로 나타난다.

한편, 과부담의료비 관련하여서는 어떠한 역치 수준에서도 건강보험이 과부담의료비 감소에 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다. 하지만 건강보험이 과부담의료비에 유의미한 영향을 미치지 못한다는 점에 대해서는 주의 깊은 해석이 요구된다. 우선은 건강보험이 베트남 국민을 의료비 지출로부터 보호하는 역할을 수행하지 못하는 것으로 보일 수 있다. 그러나 역으로 건강보험 미가입 계층이 의료이용을 하지 않는다면 이들은 과부담의료비도 발생하지 않을 수 있으며 이 경우에도 건강보험이 과부담의료비를 낮추는 역할을 하지 못하는 것으로 결과가 나올 수 있다.

즉, 저소득 국가에서 과부담의료비 발생 비율이 더 낮은 경우, 국민들이 의료이용을 못해서 일 수 있으며, 본인부담금으로 인한 접근성 저하를 고려해야 한다. 특히 의료비급여자보다 의료보험 가입자가 과부담의료비 발생이 낮은 것은 저소득층이 건강상의 필요가 있음에도 본인부담금의 장벽으로 인해 접근성이 제한되어 의료서비스를 이용하

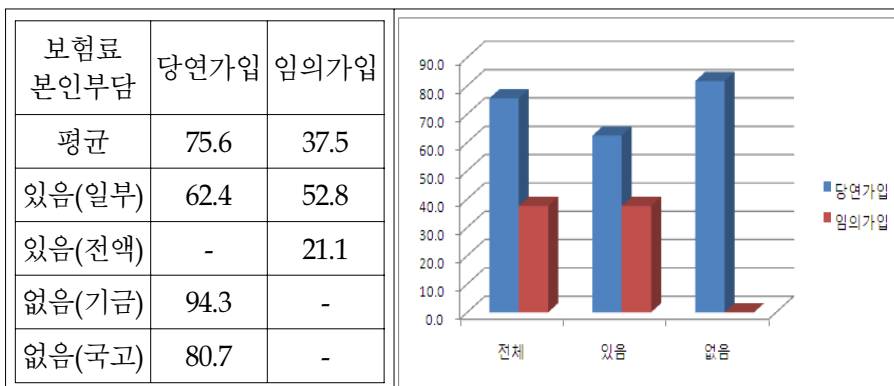
지 못하였을 가능성이 존재한다. 특히 베트남의 건강보험제도는 보장성이 떨어져서 이와 같은 결과가 나타날 가능성 있다. 하지만 건강보험 가입자의 본인부담금의 경감 또는 면제의 결과로 이러한 결과가 나올 가능성도 충분하다. 이와 같은 두 가지 해석의 접근방법은 다르나 두 방향 모두 건강보험의 가입 확대할 필요가 있음을 동일하게 시사한다.

이처럼 건강보험은 분명히 거시적으로 베트남 주민들의 의료서비스 이용량을 증가시켜 건강증진에 기여하지만, 자기부담금 감소를 통한 과부담의료비 발생을 줄여서 재정적 보호에는 기여하지 않는 것으로 나타났다. 이는 의료비 발생으로 인한 경제적 위험의 해소라는 건강보험의 목표를 충분히 달성하지 못함을 보여준다.

전 국민건강보험과 의료급여제도가 실시되고 있는 베트남에서 과부담의료비 발생을 줄이지 못하는 것은 강제규정 미비와 저급여로 강제가입 대상임에도 불구하고 미가입자 비중(24.4%)이 크고, 근로자 가입비율(54.4%)이 낮은 등 가입률이 저조하여 실제 임의보험 형태로 운영되고 있다는 것과 급여 범위와 수준이 낮은 것에 기인한다고 해석할 수 있다.

<표 20> 부담유형별 적용율

(단위: 천명, %)



Source: Vietnam Ministry of Health 2011

이러한 결과는 건강보험제도 자체가 자동적으로 빈곤층 친화적 (Pro-poor)제도가 되는 것은 아니며, 해당국가의 맥락적 근거에 따라 빈곤층 친화적으로 설계되고 운영되어야 비로소 그 효과가 나타난다는 것을 반증하는 것이다. 모든 제도는 미시적으로 살펴보면 그 운영과 제도 측면의 한계점으로 인해 그 효과가 반감되는 결과가 나타날 수 있다. 예를 들어 건강보험은 부유층과 빈곤층 가구간 재정적 기여나 보장범위와 같은 건강보험의 미시적 설계가 큰 영향을 미친다. 만약 건강보험이 빈곤층을 등록시키지 못하거나 보장범위가 낮다면 건강보험의 형평성에 대한 영향은 미미할 수밖에 없다.

이처럼 어떠한 건강보험제도도 곧 그 목표한 바를 달성 할 수 있는 것이 아니며, 건강보장 급여의 대상자, 급여의 범위와 수준, 운영 방식 등에 따라 건강보험제도 목표달성에 다양한 영향을 미칠 수 있다. 건강보험제도가 보건의료 서비스 이용에 있어서의 보다 나은 형평성에 기여한다고 일반화하기 위해서는 설계 자체가 그에 부합되게 설계되어야 한다.

다음에서는 베트남의 상황에 따라 위의 분석결과가 어떤 정책적 함의를 가지며, 베트남 건강보험제도의 목표를 달성하기 위해 어떻게 건강보험제도가 설계되고 운영되어야 하는지를 제언토록 하겠다.

2. 정책적 함의와 제언

1) 안정적 재정 확보

건강보장 적용인구를 확대하는 데 기본적이고 필수적인 조건은 안정적 재정조달이다. 조세방식인 경우에는 정부 재정의 여력이 충분하여야 하며, 사회보험 방식인 경우 보험료 납부의 능력과 징수의 역량이 확보되어야 할 것이다. 현재 베트남 정부는 전면적인 조세방식을 고려하지 않고 있으므로, 건강보험을 확대할 수 있는가가 초점이다. 그러나 현재 건강보장체계에서 제외된 집단의 재정적 능력을 고려할 때 단기간 내에 사회보험 방식을 전면적으로 실행하는 것은 가능성이 떨어진다. 베트남 정부가 2020년까지 전 국민에게 건강보험을 적용하겠다는 계획을 공표하였으나, 실현 가능성은 미지수이다. 특히 향후 확대되어야 할 입의 가입 대상자의 경제적 능력을 고려할 때, 상당한 수준의 정부 지원(혹은 보조금 지급)이 불가피하다.

<표 21> 가입의 강제여부와 본인부담 유형별 가입자 현황

(단위: 천명, %)

강제여부	본인부담	유형	가입자 현황		
			대상인구	적용인구	적용률
합계			86,866	52,407	60.3
강제가입 (55.6%)	있음 (17.6%)	기업	11,911	6,361	53.4
		공무원	3,142	3,142	100
		면급간부 등	185	3	1.6
	없음 (38%)	의료보험기구(2.7%)	2,305	2,174	94.3
		국가예산(35.3%)	30,561	24,675	80.7
임의가입 (44.4%)	있음 (44.4%)	일부부담(23%)	19,879	10,499	52.8
		전액부담(21.4%)	18,552	3,917	21.1

Source: Vietnam Ministry of Health 2011

2010년 기준, 베트남 전체국민(8,687만명)의 62%(5,241만명)가 건강

보험 을 가지고 있다. 상기 표 21에서 보듯이 실제 사회보험 방식을 채택하였음에도 베트남 전체국민의 55.6%인 약 4천 8백만의 강제가입자 중 68.3%가 보험료 부담의무가 없다는 점은 정부의 과도한 재정부담은 물론 국민의 도덕적 해이를 유발할 수 있다. 또한 베트남 국민의 44.4%인 약 3천 8백만의 임의가입자는 보험료를 부담해야 하는데, 그중 보험료의 일부부담자는 51.7%, 전액부담자는 48.3%이다.

또한 임의가입자 중 보험료 일부를 지원받는 가입자와 전혀 못받는 자간 21.7%p 가입률 편차를 보이고 있어 형평성 있는 보험료 부과체계를 적용한 당연가입으로 전환하지 않을 경우 계속 의료의 사각지대에 놓이게 될 것이다.

이처럼, 국고를 통해 보험료를 보장해주는 자격군은 상당히 방대한 편인데 비해 보험료가 낮게 책정되는 부과체계재원은 부과되고 있어 보험료 수입이 대부분을 차지하는 건강보험 기금의 재정건전성이 위협받게 된다.

또한 베트남 부과체계는 소득기준 정률부과로 매우 간결하고 형평성이 있어 보이나, 실상은 정액부과로 부담능력에 따른 급여이용량의 차이를 고려할 경우 매우 역진적인 부과체계이다. 또한 부과 기준이 되는 임금격차가 크지 않아 소득 재분배 효과가 미약하다.

이러한 문제점에 대처하기 위해 모든 베트남 국민들에게 공평한 보험료를 부과하고 징수 할 수 있도록 보험료 부과기반 확대 및 부과체계 개선을 통해 건강보험 재정수입을 안정적으로 확보해야 한다. 전 국민을 대상으로 건강보험을 운영하기 위해서는 건강보험기금의 충분한 재원이 마련되어야 한다.

우선 부과체계 개선이 필요하다. 보험자는 안정적인 재정 운영과 국민들 각자의 부담능력(ability to pay)을 고려하여 공평한 보험료를 부과해야 한다. 소득 파악을 위한 노력과 함께 국고 지원금의 차등을 두어 모든 국민의 보험료 부담의 형평성을 제고한 부과체계로 개선해야 한다. 이와 더불어 가입자에게 부과된 보험료가 모든 국민에게 징수되어야 공정성을 유지할 수 있으므로 강제 징수에 대한

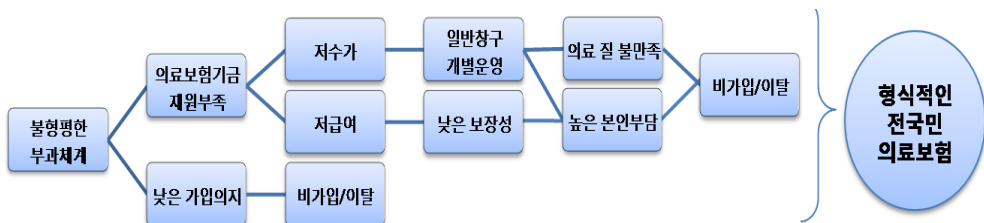
사회적 합의가 필요하다.

한편, 건강보험 수지 균형을 위한 적정수준의 보험료 인상을 통해 건강보험제도의 지속가능성을 제고해야 한다. 의료서비스의 새로운 항목 등장 및 수요 증가, 보장성 확대, 의료서비스 접근성 향상에 따라 급격히 늘어나는 의료비 지출을 고려하여 매년 일정수준 이상의 보험료를 인상할 수 있는 산출기준을 마련하는 등 보험료 수입 확대를 위한 전략적 접근이 필요하다.

2) 합리적 재원지출

충분하지 못한 건강보험기금 재정은 저수가·저급여 체계의 운영으로 이어졌다. 저수가·저급여 체계에서 의료제공자들은 경영 적자를 극복하기 위해 공공의료를 활성화하기 위한 노력보다는 수익보전에 집중하여 의료서비스를 제공하려는 경향이 나타난다. 이런 현상은 건강보험 환자에게 제공되는 진료 프로세스와 일반 환자(건강보험 비가입자 또는 전액 부담 피보험자) 진료 프로세스를 분리하여 차별적으로 운영하는 ‘일반창구’ 체계를 정착시켰다. 건강보험 창구에 대한 불신과 긴 대기시간은 피보험자들의 일반 창구로의 이동을 야기 시켜, 이중부담 (보험료+전액본인부담 의료서비스)을 초래하여 높은 본인부담을 분담하는 건강보험 기능의 상실과 건강보험 가입 기피현상을 초래하였다.

<그림 7> 현행 베트남 건강보험 체계의 주요 문제점



먼저 본인부담을 낮추기 위한 급여 관리가 필요하다. 확보된 수입

은 전 국민 건강보험 달성을 위해 가입자에게 지불능력에 구애 받지 않고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 효과적으로 지출되어야 한다.

재정이 부족하여 제한적으로 관리되었던 급여 항목에 대해 재원을 투입하여 급여 범위를 확대¹⁰⁾하고 급여수준을 향상시켜 공공의료를 확충하고 환자들의 의료비 부담을 낮춰야 한다.

다음으로 보건의료의 원활한 공급을 위해 수가의 정상화가 필요하다. 저수가 운영으로 의료제공자들의 비용전가 현상 및 비급여 확대 현상이 일어나며, 의료기관이 급여대상 환자에게 대기시간이 길고, 서비스 질이 낮은 의료행위를 제공함으로써 일반창구 이용을 유도하는 동기를 차단하게 된다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 재원의 합리적인 투입을 통해 현실적인 의료수가를 반영해야 한다. 적정수가 보준은 의료기관의 경영 수지 개선뿐만 아니라 건강보험 가입자의 진료비 본인부담을 경감시키고 건강보험 보장률 향상에도 기여할 것이다.

마지막으로 지불제도의 개선이 필요하다. 의료기관이 피보험자에게 제공한 의료서비스의 비용을 합리적이고 효과적으로 지급하기 위해 적합한 보수지불제도가 운영되어야 한다. 행위별수가제로 파생되는 과잉진료의 문제점을 합리적으로 해결하기 위해 관리 가능한 적정 가입자에게 정해진 진료영역 내에서 보건의료서비스를 제공하는 인두제와 입원환자를 유사한 환자군으로 분류하여 사전에 정해진 진료비를 지불하는 포괄수가제를 잘 조화시켜야 한다.

먼저 행위별 수가제의 경우 행위별 수가목록 정비, 원가에 기반을 둔 수가산정 기전을 마련해 수가를 합리적으로 조정하고, 지역, 병원규모, 질병의 중증도, 연령, 성별 등 합리적 수가기준 마련해야 한다. 효율적인 수가관리를 통한 보장성 강화 기반 마련을 위해 진료행위에 대한 원가산출의 기준을 설정하고, 수가 항목별(진료행위, 약제, 치료재료)로 체계화된 심사기준을 마련하고 표준화된 평가체계

10) 필수 의료서비스 제공 및 예방·재활 서비스 확대, 자살, 자해 및 알콜 중독 등

마련 등을 통해 지속적으로 개선해 나가야 한다.

인두제의 경우, 외래뿐만 아니라 입원에 적용하고 있는 현행 제도를 외래에만 적용하고 상급 전원기관에 인두제 비용 전액을 하급 기관에서 정산하는 것은 상급 병원의 도덕적 해이를 유발할 수 있으므로 개선해야 할 것이다. 의료전달체계를 준수하지 않은 환자에 대하여는 본인 전액부담제도를 통해 인두제 시행병원의 재정적 부담을 완화하는 동시에 이를 통해 간접적으로 의료전달체계를 확립해야 한다.

3) 본인부담 감소를 통한 보장성 강화

급여항목이 제한적이기 때문에 현재 피보험자 대부분에게 80%의 급여 지원이 이루어지고 있지만, 지속적인 급여항목의 제한은 비급여 항목의 폭발적인 증가와 피보험자들의 급격한 본인부담 증가를 초래한다. 비급여 항목에 대한 체계적인 의료기술평가가 이루어지지 않은 채 비급여 결정이 이루어졌고 국민들과 정책 결정자들에게는 비급여 진료의 가치에 대한 정보가 전달되지 못한다. 따라서 의료 현장에서 환자의 선택폭은 좁을 수밖에 없고, 저수가 등의 이유로 비급여를 활성화 하려는 공급자들에 대한 건전한 조절 기전이 제 기능을 하지 못하여, 결과적으로는 국민들이 높은 진료비를 부담하게 된다.

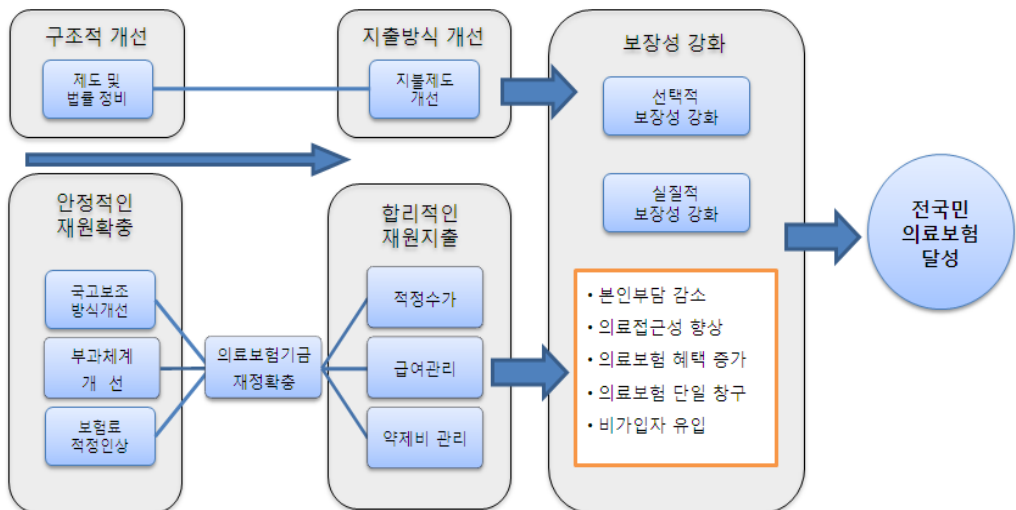
보장성 강화는 안정적인 재원으로 국민들에게 제공되는 급여항목의 확대와 의료비 부담을 낮추는 데에서 시작된다. 먼저 소득수준과 연계하여 적정금액까지만 피보험자가 부담하는 본인부담 상한제를 도입하여 실질적인 과부담의료비로 인한 빈곤화를 방지하는 방안을 마련해야 한다. 또한 가벼운 상병에 대하여는 본인부담률을 상향조정하고 중병에 대하여는 본인부담률을 하향조정하여 의료이용 합리화하고 본인부담 면제자 중 보험료 납부능력 있는 계층에 대해서는 본인부담을 부과한다. 의료접근도가 상대적으로 취약한 도서, 벽지 지역 가입자, 취약계층인 준빈곤층과 노인에 대한 본인부담 경감제

도 도입을 통해 의료서비스 접근도와 보호기능 향상시킨다.

적정한 보험료를 수납한 피보험자에게는 비가입자는 보장받을 수 없는 건강보험 혜택을 누릴 수 있는 권리를 강화해야한다. 피보험자의 실질적인 본인부담 의료비를 낮추기 위해서는 급여 항목의 확대 뿐만 아니라 비급여 항목에 대한 규제 개선을 통해 보장성을 강화함으로써 아직 가입하지 않은 국민들의 자연스러운 유입을 유도해야 한다. 의료기관이 일반 환자 보다 피보험자에게 의료서비스를 제공하는 편이 재원 확충 기전으로 작용되고, 국민들이 스스로 건강보험 혜택을 인지하여 일반창구의 기능이 상쇄됨으로써, 전 국민이 건강보험 단일창구를 이용하는 보편적 의료의 성공적인 달성될 것이다.

이상의 개선방안을 도식화하면 아래와 같다.

<그림 8> 2020년 전 국민 의료보험 달성을 위한 개선방안



3. 연구의 제한사항

첫째로, 건강보험의 효과에 대한 분석을 위해서는 개인의 건강보험 가입과 의료서비스 이용 결정에 대한 인과관계를 명확히 해야 한다. 왜냐하면 개인은 의료서비스 이용을 위해서 건강보험에 가입하는 것과 같이 의료서비스 이용이 건강보험 가입결정에 영향을 줄 수 있기 때문이다. 즉 내생성이 존재하기 때문에 이를 해결하지 않고는 의료 서비스 이용에 대한 건강보험의 효과를 정확하게 실증적으로 분석했다고 보기는 어렵다. 또한 내생성이 존재하게 되면 일반적으로 회귀분석의 추정치에 편향이 발생하게 되어, 분석의 결과가 적절하다고 보기 힘들다.

본 연구에서도 건강보험 가입의 변수에 대한 내생성이 통제되어 있지 않았다는 한계점을 고려할 때, 내생성에 대한 적절한 통제가 이루어질 경우 그 결과가 달라질 수도 있다. 특히 건강보험 가입 변수의 내생성이 역선택의 효과에서 크게 작용하는데, 강제가입 대상자의 경우 법적으로는 가입이 강제되어 있으나 실제로는 가입을 하지 않는 베트남 현실을 감안할 때 역선택이 크게 작용하지 않는다고 말하기 어렵다.

둘째로, 베트남 건강보험 제도로 인한 분석방법의 한계이다. 건강보험 자격관리 제도와 관련하여 베트남 건강보험 제도는 피부양자 제도가 부재하고 개인별 가입제도이다. 이로 인해 건강보험가입여부와 과부담의료비와의 관계를 검토시, 가계를 대상으로 하지 못하고, 소득을 갖는 개인을 대상으로 분석하는 방법이 불가피 하였다.

셋째로, 연구에 활용한 데이터의 한계이다. 베트남가구생활표준조사(VHLSS 2010)의 항목에 의료서비스 이용과 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 중요한 변수인 주관적 또는 객관적 질병 또는 건강 관련 항목이 포함되어 있지 않아 동 변수를 통제하지 못하였다. 따라서 이러한 질병 또는 건강 관련 요인에 대한 통제가 충분히 이뤄지지 못하였을 수도 있다는 점을 감안하여 연구의 결과를 해석해야한다.

VI. 결론

베트남 정부는 1993년 의료보험을 실시한 이후 보건의료 관련 주요한 법안들을 개정하는 등 의료보험제도 발전을 위해 끊임없이 노력하고 있다. 빈곤층과 사회취약계층을 위해 공공재원의 비중을 지속적으로 확대하고 있으며, 국민들의 건강증진을 위해 의료시설 및 인적자원 확충을 위한 지원 또한 꾸준히 확대하고 있다. 이러한 베트남 정부의 강력한 정치적 의지와 노력으로 의료보험 도입 후 17년 만에 전 국민의 63.75%(2011년 기준)를 포괄하였으며, 영아 사망률과 기대여명과 같은 건강수준 또한 획기적으로 개선되었다. 베트남 정부의 적극적인 보건의료분야의 투자와 공공부문의 지출확대는 본인부담비율을 2005년 65%에서 2012년 49.3%로 빠르게 감소시키는 등 많은 성과를 보이고 있으며, 이러한 베트남 보건의료체계의 눈부신 발전과 성장은 국제사회에 이목을 집중시키고 있다.

실제로 이번연구의 결과에서 보는 것처럼 베트남 건강보험의 확대는 보건의료서비스의 접근성과 사용에 긍정적인 영향을 미쳤다. 하지만 건강보험이 자기부담비용을 감소시켜서 중증 질환이나 사고로 인한 빈곤층 가구들의 과부담의료비에 대한 취약성을 감소시켰다는 결론은 내리지 못했다. 이는 여전히 베트남이 전체 보건의료비 중 개인 부담의 비중이 크고, 과부담 의료비 지출을 하는 가구의 비중이 크므로 어떤 형태든 공적 의료보장제도를 확충할 필요성이 있다는 점을 반증하는 것이다.

현 베트남의 건강보험제도는 개인단위 부과체계의 복잡성, 제한된 급여범위와 높은 본인부담률로 인한 낮은 보장성, 비체계화된 진료비 심사청구 체계 등에 대한 제도적인 문제와 의료보험제도의 목적 및 의의에 대한 국민들의 수용성 부족, 건강보험 운영 기관의 역량 부족 등에 대한 많은 문제점들은, 앞으로 베트남이 전국민 의료보험 달성을 위한 과정에서 해결해야하는 도전과제들이라 할 수 있다.

보건은 모든 국가 정책, 특히 개도국에 있어서 우선순위로 꼽히며

사회경제적 발전에 있어 중요한 요소로 자리 잡았다. 불건강(ill health)은 소득에 영향을 미쳐 빈곤을 가중시킨다. 따라서 정부의 재정관리, 서비스 제공, 규제가 반드시 필요하다. 이에 대한 정부의 역할과 기여가 떨어지면 의료서비스에 있어 국민의 본인부담이 가중된다. 조세와 보험금을 적절하게 융합한 근거기반 정책에 의해 의료보장을 완성해야만 한다. 이를 완성하기 위해서는 재정확충, 합리적 지출구조, 보장성 확대 등 미시적으로 잘 조율된 전 국민 건강보험제도구축이 필요하다. 이에 대한 우리나라를 포함한 국제사회의 지원은 이러한 차원에서 그 정책적 정당성을 가진다고 할 수 있다.

관련문헌

김창엽, 건강보장의 이론. 한울. 2009

강태욱, 민간의료보험이 암환자 가구의 과부담 의료비에 미치는 영향 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2012.

김수진, 건강보험 암 중증질환 급여확대가 의료이용 형평성에 미치는 영향. 보건행정학회지 2008;18(3);90-109

김창엽, 손수인, 신영전. 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구 2010;30(1);92-110

배지영. 건강보험 보장성 확대가 의료이용 및 건강수준에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 사회복지학박사학위 논문. 2009.

박해구. 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 고찰. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2010.

손수인. 저소득층의 과부담의료비 지출에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2009.

양봉민. 보건경제학. 나남출판. 2004

이용철, 임복희, 박영희. 국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입여부에 따른 건강행태·의료이용 비교. 한국콘텐츠학회 논문지. 2010; 190-204

조현희·권기현·문상호. 민간건강보험이 의료서비스 이용에 미치는 영향. 정책분석평가학회보. 2009; 103-128

주경식, 김한중, 이선희, 민혜영. 도시 농촌간 의료이용 수준의 비교 분석. 예방의학학회지 1996;29(2);311-329.

최슬기. 민간의료보험의 보장성확대에 따른 의료이용의 차이 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2011.

Ekman, B., N. Liem, H. Duc and H. Axelson, "Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges," Health Policy and Planning 23, 2008, 252-263.

Soonman Kwon, "Health Care Financing in Asia : Key Issues and Challenges", Asia Pac J Public Health 2011 23: 651-661

Dao H, Waters H, Le Q. User fees and health service utilization in Vietnam: How to protect the poor? Public Health 2008; 122: 1068-1078.

Household catastrophic health expenditures and poverty impacts: A case of Nepal. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. Kim InYeop. 2011.

Berki. S. E(1986). A look at Catastrophic medical expenses and the Poor. Health Affairs. 138(45).

ILO Subregional Office for East Asia, Social Health Insurance in Vietnam. 2008.5

Kawabata K, Xu K, Carrin G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. Bulletin of World Health Organization 20(8):612

Maria-Luisa Escobar, Charles C. Griffin, R. Paul Shaw, The Impact of Health Insurance in Low and Middle Income Countries. 2010. Brookings Institute

Santerre, R.E., Neun, S.P., Health Economics; Theories, Insight, and Industry Studies, Irwin Publishing Co. Chicago. 1996.

Su Tin Tin, Kouyat B and Flessa S (2006) Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. Bulletin of the World Health Organization 84(1): 21-27

Wagstaff. A. (2002), Poverty and health sector inequalities, Bulletin of the World Health Organization, 80(2):97-105

Wagstaff A. van Doorslaer E(2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. Health Econ., 12(11):921-933

Wagstaff. A, Pradhan. M., Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country. 2005;

Viet Nam Household Living Standards Survey 2010

Xu et al(2003). Household Catastrophic Health Expenditure; A multicountry analysis. Lancet 362; 111-117

Abstract

Moon Sang-won

Department of Health Policy and Management

Graduate School of Public Health

Seoul National University

Introduction

More than 2 billion people live in developing countries with health systems afflicted by in efficiency, in equitable access, inadequate funding, and poor quality services. More than 150 million of these people suffer financial catastrophe every year, having to make unexpected out-of-pocket expenditures for expensive emergency care.

In view of these shortcomings, policy-makers in many low- and middle-income counties including Vietnam are seeking scaling up social health insurance for resource generation for health sector, resource pooling, improving access to health care and quality of care. Vietnam also introduced SHI in 1993 and is aiming at universal health care coverage by 2020.

Objectives

This study aims to contribute to current policy implemented by Vietnam government to scale up health insurance by shedding light on these two issues; its contributions to increasing medical service use and reducing the risk of catastrophic health expenditure.

Methods

Multi- and logistic regression analysis of catastrophic health expenditure(CHE) among 9,189 households from the Household Living Standard Surveys(VHLSS) 2010 was carried out using household and individuals data.

Findings

Health insurance can produce significant positive impacts on use of medical services in Vietnam. But Health insurance does not play a role in reducing the incidence of CHE by lowering the proportion of out-of-pocket payments in Vietnam.

Conclusion

health insurance is a complex subject. Its effects are conditional on initial design features and the efficacy of implementing them. Low- and middle-income countries like vietnam have to build the capability to introduce, scale up, and repeatedly revise health insurance to achieve equitable universal coverage.

Key words: Catastrophic health expenditure, medical service utilization, health insurance, out-of-pocket payment

Student Number: 2010-23801